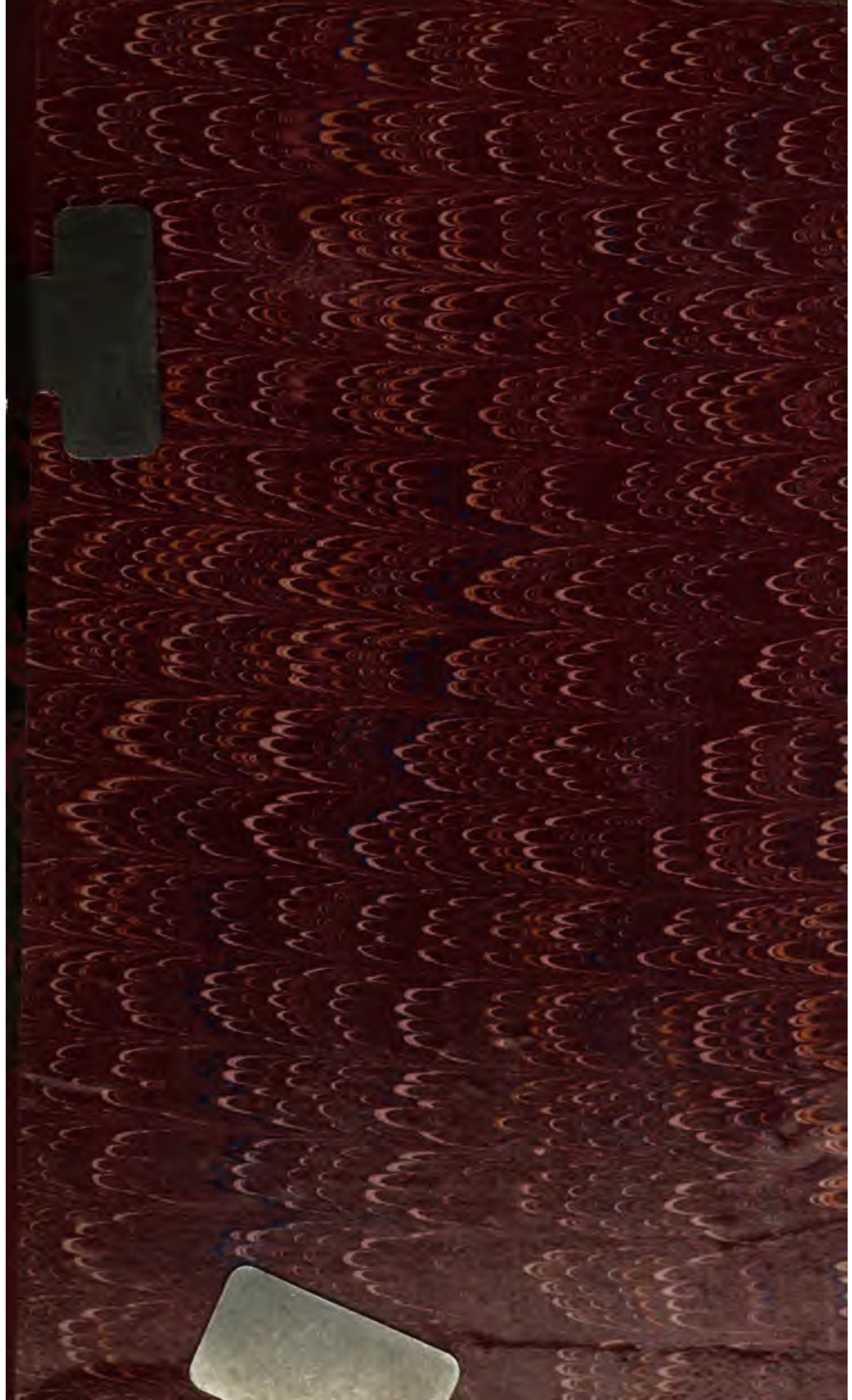








# ANNALES

DE

# GYNÉCOLOGIE

TOME XIX

## CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

**Prix de l'abonnement :**

| | |
|---|---|
| Pour Paris...................... | 18 francs. |
| Pour les départements........... | 20 — |
| Pour l'Europe................... | 22 — |
| Pour les États-Unis d'Amérique.... | 23 — |
| Pour les autres parties du monde. | 25 — |

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique; à M. le Dr PINARD, 26, rue Cambon, pour la partie obstétricale; ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

# ANNALES

DE

# GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

---

TOME XIX

*Contenant des travaux de MM.*

BARDOUX, BOISSARIE, BROWN, CYR, DEMBO, FISSIAUX, HART, HERRGOTT, LAULAIGNE, LEBLOND, MARCHAL, PETIT (André), PETIT (L.-H.), PHELIPPEAUX, PILAT, TRÉLAT, VIURA Y CARRERAS.

1883

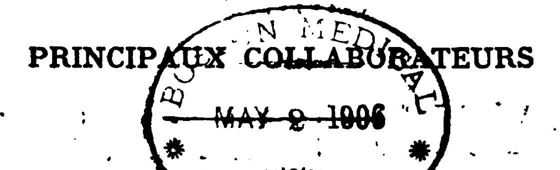
(1er SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1883




# PRINCIPAUX COLLABORATEURS

**BARNES** (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
**BOISSARIE**, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
**BOUCHARD** (Ch.), prof. à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
**BOUCHUT**, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
**BOURDON**, membre de l'Académie de médecine.
**BOZEMAN**, chirurgien en chef de Women's hospital de New-York.
**BROUARDEL**, prof. à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
**BURDEL**, médecin de l'hôpital de Vierzon.
**CHARRIER**, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
**CLOSMADEUC**, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
**CORDES** (de Genève), prof. libre d'accouchem.
**COURTY**, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
**DELORE**, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
**DESNOS**, médecin de l'hôpital de la Charité.
**DESORMEAUX**, chirurgien des hôpitaux.
**DEVILLIERS**, membre de l'Académie de médec.
**DUGUET**, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
**DUMAS**, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
**DUMONTPALLIER**, médecin des hôpitaux.
**DUMESNIL**, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
**FAYE**, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
**FERÉOL**, médecin des hôpitaux.
**FERRAND**, médecin des hôpitaux.
**FOURNIER** (Alfred), prof. à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. St-Louis.
**GALLARD**, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.
**GAUTRELET**, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
**GILLETTE**, chir. des hôp. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
**GOMBAULT**, médecin de l'hôpital Beaujon.
**GRYNFELTT**, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
**GUÉRIN** (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
**GUÉRINEAU**, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
**HARDY** (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd.
**HERRGOTT**, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
**HERRGOTT** (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.
**HEURTAUX**, profes. à l'école de méd. de Nantes.
**HUE** (Jude), de Rouen.
**LABAT**, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
**LABBÉ** (Édouard), médecin de la Maison municipale de santé.
**LABBÉ** (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
**LARCHER** (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
**LE FORT**, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
**LEBLOND**, médecin de Saint-Lazare.
**LIZÉ**, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
**LUTAUD**, médecin adjoint de Saint-Lazare.
**MARTIN** (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
**NIVET**, prof. d'acc. à l'école de médecine Clermont-Ferrand.
**ONIMUS**, membre de la Soc. de biologie.
**PAJOT**, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
**PARISOT**, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
**PÉNARD**, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
**PETER** (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
**PINARD**, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.
**PILAT**, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
**POLAILLON**, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
**POUCHET** (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
**POZZI**, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
**PUECH** (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
**REY**, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
**RICHET**, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
**SAINT-GERMAIN** (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
**SIREDEY**, médecin de l'hôp. Lariboisière.
**SLAVJANSKY**, prof. d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
**TARNIER**, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôpitaux.
**TAYLOR** (Robert), de New-York.
**TILLAUX**, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
**TRÉLAT** (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., chir. de l'hôp. Necker.




# ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1883

## TRAVAUX ORIGINAUX

### DE L'EMPLOI DE LA RÉSORCINE DANS LE TRAITEMENT DU CHANCRE SIMPLE CHEZ LA FEMME.

Par MM. Leblond et Fissiaux.

La résorcine (métadioxybenzine) a été découverte par MM. Hlasiwetz et Barth, vers 1860, en faisant agir la potasse en fusion sur un certain nombre de gommes-résines (assa fétida, galbanum, gomme ammoniaque, sagapénum). Elle est l'homologue de l'orcine des lichens et, comme elle est dérivée des résines, les savants autrichiens l'appelèrent résorcine, c'est-à-dire orcine des résines.

C'est un corps solide, incolore, en houppes soyeuses et légères, assez semblables à celles de certains sulfates de quinine. Son odeur est faiblement aromatique, sa saveur est douce, sucrée d'abord, puis légèrement amère.

Elle est soluble dans l'eau en grande proportion (86.4 : 100), dans l'alcool, l'éther et la glycérine : tous les liquides, du reste, la dissolvent, à l'exception cependant du chloroforme et du sulfure de carbone.

Comme les acides phénique et salicylique elle subit une altération notable par exposition à la lumière et se colore en brun roux.

La résorcine coagule les solutions d'albumine et les conserve.

Ce fut le docteur Andeer qui fit, en 1877, les premières recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de la résorcine. En 1881, le Dr Dujardin-Beaumetz et son élève le Dr Callias, étudièrent en France ce nouveau médicament.

De ces différents travaux il résulte que la résorcine empêche la fermentation et la putréfaction d'une façon remarquable. En solution de 0.50 à 1 p. 100, elle arrête le développement des microphytes et des microzoaires, empêche leur reproduction et amène la mort de tous ces organismes vivants.

L'homme adulte supporte facilement à l'intérieur des doses de 4 à 6 grammes de résorcine, administrées en vingt-quatre heures : l'élimination se fait par la voie urinaire.

MM. Dujardin-Beaumetz et H. Callias ont essayé la résorcine dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, les fièvres intermittentes; depuis, on l'a essayée dans la diphthérie; M. le Dr Perraton, dans sa thèse inaugurale de 1882, conseille son emploi dans tous les cas où l'usage de l'acide phénique est indiqué.

Tout dernièrement, nous avons eu l'occasion de voir à Saint-Lazare, dans le service de M. Leblond, les heureux effets de la résorcine, comme topique, dans diverses affections des organes génitaux. Nous nous réservons de publier plus tard les résultats déjà nombreux que nous avons obtenus avec ce médicament dans le traitement des plaques muqueuses, de l'uréthrite et de la vaginite; nous nous bornerons aujourd'hui à exposer brièvement l'influence remarquablement curative de ce nouvel agent sur le chancre mou.

#### Observation I.

La nommée Julie D... entre à Saint-Lazare le 19 octobre 1882. Elle est examinée le 20 au matin : elle présente à la fourchette une ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes en argent : les

bords de la plaie sont taillés à pic et comme découpés à l'emporte-pièce. On touche cette ulcération avec un pinceau imbibé d'une solution de résorcine aux 5 millièmes. Ce pansement est renouvelé le 23 et le 25.

Le 27 on saupoudre le chancre avec de la résorcine pure.

Le 30 octobre, l'ulcération est en partie réparée; elle est touchée avec une solution de résorcine au quart. Ce pansement est répété le 3 novembre, le 6 et le 8. Le 10 novembre la malade sort guérie.

OBSERVATION II.

Rose P... entre à Saint-Lazare le 5 octobre 1882. A la visite, on remarque à la fourchette un chancre mou, et dans l'aine un bubon qui s'est ouvert spontanément. Ces deux plaies sont touchées avec une solution de résorcine aux 5 dixièmes, et on fait faire un pansement avec de l'ouate imbibée d'une solution de résorcine aux 4 millièmes. Même pansement le 7, le 12, le 14 et le 17. Le 21, le bubon est guéri; le 24, il ne reste plus qu'une petite ulcération au niveau du chancre.

Le 26, la femme sort complètement guérie.

OBSERVATION III.

Mathilde R... entre à Saint-Lazare le 8 novembre 1882. A l'examen on trouve sur le côté gauche de l'urèthre une ulcération ayant le volume d'une grosse lentille et tous les caractères du chancre mou. Dans l'aine gauche il existe un gros ganglion indolore. Ce chancre est touché avec une solution de résorcine au quart.

Le 11 novembre, le 16, même pansement sur le chancre; l'adénite est manifestement suppurée. Le 17, on passe un drain de caoutchouc dans lequel on fait chaque jour des injections d'une solution de résorcine au quart. Le 5 décembre, le chancre est guéri, ainsi que l'adénite, on enlève le drain. Le 7, exeat.

OBSERVATION IV.

Adèle B... entre à Saint-Lazare le 20 octobre. On trouve sur le périnée une ulcération présentant tous les caractères du chanvre mou. Le col de l'utérus est recouvert dans presque toute son étendue d une plaie légèrement grisâtre, limitée par des bords bien arrêtés et comme taillés à l'emporte-pièce et faisant une légère saillie au-dessus

de la surface ulcérée. On recueille de la sérosité sur ce col et on fait une piqûre d'inoculation sur la région sus-ombilicale.

On applique sur le col un tampon d'ouate imbibée d'une solution de résorcine aux 5 millièmes. Le chancre du périnée est pansé avec de la résorcine en solution au quart.

Le 23 octobre, l'inoculation a réussi.

Le 25, le chancre inoculé a déjà les dimensions d'une petite lentille; on le panse avec de la résorcine pure. Les chancres du périnée et du col sont badigeonnés avec une solution à parties égales d'eau et de résorcine.

Le 28 octobre, on panse tous les chancres avec une solution de résorcine à saturation dans de l'éther. Le 30 octobre, ce même pansement est renouvelé.

Le 3 novembre, le chancre du col se répare sur la lèvre antérieure. Même pansement ainsi que pour les autres.

Le 6 novembre, les trois chancres sont en bonne voie de réparation; le chancre inoculé a son fond rosé et ses bords tendent à perdre leur saillie.

Solution éthérée de résorcine sur tous les chancres. Même pansement le 8 et le 10 novembre.

Le 15, le chancre inoculé est complètement guéri. Ceux du périnée et du col sont pansés avec la même solution éthérée de résorcine.

Le 20, on s'aperçoit que la cicatrisation qui marche régulièrement pour le chancre du périnée, ne s'accentue pas pour l'ulcération du col; on badigeonne ce dernier seul, avec une solution de nitrate d'argent à parties égales.

Le 24, le chancre du périnée est complètement réparé. La plaie du col est en pleine voie de cicatrisation; on la touche avec la solution de nitrate d'argent.

Le 6 décembre, la malade sort guérie.

## Observation V.

La nommée Eugénie E... entre à Saint-Lazare le 9 décembre; à l'examen on trouve, au côté gauche de la fourchette, une ulcération ayant 2 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, et 1 centimètre dans le sens transversal. On trouve également une ulcération sur un condylôme, entre les plis radiés de l'anus; ces plaies ont des bords taillés à pic et sont grisâtres. Sur le bord libre des grandes

lèvres et à la face interne des cuisses, il existe plusieurs papules rouges, à sommet ulcéré, ressemblant à des follicules enflammés. On recueille sur le chancre vulvaire un peu de sérosité que l'on inocule dans la région sus-ombilicale.

Le 12 décembre, l'inoculation semble réussir.

Le 14, on ne peut examiner la malade qui a ses règles.

Le 20, les règles étant arrêtées depuis hier, la malade vient à la visite; l'inoculation a parfaitement réussi et donne lieu à une ulcération de la grosseur d'une forte lentille. Les follicules ulcérés sont manifestement chancreux. Tous ces chancres sont alors pansés avec de la résorcine en poudre.

Le 28, le chancre sus-ombilical, c'est-à-dire celui qui a été inoculé, a son fond rosé et ses bords bourgeonnent; plusieurs des chancres périvulvaires sont également en voie de perdre leurs caractères : résorcine en poudre.

Le 30, même pansement.

Le 2 janvier, tous les chancres sont en voie de réparation, quelques-uns même sont réparés; nouvelle application de résorcine en poudre.

Le 4, le chancre de la fourchette est presque guéri, il en reste encore deux autres à cicatriser sur la cuisse gauche, près du pli génito-crural ; celui de l'anus prend les apparences d'une plaie simple. Même pansement.

6 janvier. L'ulcération anale est presque guérie, le chancre de la fourchette est manifestement couvert d'une mince couche d'épithélium, ceux de la cuisse gauche offrent encore de légers points ulcérés mais ils ont perdu complètement leurs caractères. Résorcine pure.

Le 8. Toutes les ulcérations chancreuses sont guéries.

### OBSERVATION VI.

M,.. (Marie) entre à Saint-Lazare le 18 novembre pour une uréthrite... A l'examen du 22 novembre on trouve de chaque côté, à droite et à gauche de l'anus, une ulcération à bords taillés à pic et dont le fond grisâtre est caractéristique; on ne fait pas de pansement.

24 novembre. Les surfaces ulcérées se sont considérablement agrandies; on trouve en avant de l'anus une nouvelle ulcération de même

aspect qui va presque se réunir aux deux autres, pour ne former pour ainsi dire qu'une seule ulcération occupant les trois quarts du pourtour de l'anus ; on badigeonne toutes ces surfaces avec un pinceau trempé dans une solution de résorcine au quart.

Le 25. En badigeonnant la surface des ulcérations avec un pinceau portant la solution de résorcine, on enlève une sorte de fausse membrane, et l'on met à découvert les tissus encore légèrement grisâtres, mais présentant déjà un aspect rosé.

Le 27. Les bords des ulcérations commencent à bourgeonner et à s'aplanir : résorcine au quart.

1er décembre. Toutes les surfaces ulcérées sont rosées, granuleuses, les bords ne sont plus taillés à pic : même traitement :

Le 4, le 6, le 8 et le 11 décembre, nouveaux pansements : la réparation s'effectue de plus en plus.

Le 13. Les chancres sont complètement cicatrisés..... La malade reste en traitement pour son uréthrite qui n'est pas encore guérie.

Ces différentes observations sont, à notre avis, très concluantes et prouvent que la résorcine est un cicatrisant de premier ordre. Si, en effet, nous examinons ces quelques faits que nous avons recueillis, nous voyons le chancre simple guérir avec une grande rapidité sous son influence. Dans les deux premiers cas, vingt jours suffisent à amener la guérison des ulcérations et des adénites suppurées qui en ont été la conséquence ; le résultat du pansement à la résorcine est encore plus rapide dans la cinquième observation où la guérison ne demande que dix-neuf jours pour s'effectuer pleinement.

Dans les troisième et sixième observations, nous voyons la cicatrisation s'opérer dans l'une vers le vingt-sixième jour, dans l'autre vers le vingt et unième.....

Les résultats obtenus chez la malade qui fait l'objet de la quatrième observation ne semblent pas aussi manifestement concluants, mais il s'agissait là de deux chancres, dont l'un, siégeant au périnée, dépendait probablement de l'autre occupant le col utérin comme siège.

Le second avait dû certainement être la cause du premier : les liquides venant du col et s'écoulant par la vulve avaient dû rencontrer une solution de continuité sur le raphé périnéal et produire une inoculation.... De plus, il est certain, et nous l'avons remarqué bien souvent, que, étant données deux lésions de même nature, l'une siégeant sur le col et l'autre siégeant sur la peau, la première résistera bien plus longtemps que la seconde au même traitement utile et opportun, et souvent même ne guérira pas avec le même topique. Aussi, dut-on recourir dans l'observation présente à la solution de nitrate d'argent pour modifier plus fortement la vitalité du col et abandonner dans cet endroit la résorcine comme pansement.

Le chancre du périnée résiste ici plus longtemps que dans les autres cas aux heureux effets de la résorcine; nous croyons en trouver la raison dans ce que je viens de dire précédemment : il est, en effet, fort probable que, né par inoculation des liquides venant du col, il s'est trouvé dans de mauvaises conditions tant que le col n'a pas été modifié par la résorcine, et a sécrété, par conséquent, des liquides virulents pouvant entretenir l'état chancreux de l'ulcération périnéale.

En tous cas, nous croyons pouvoir dire que la guérison d'un chancre mou, même en trente-quatre jours, est encore un résultat satisfaisant, et capable d'engager le praticien à adopter la résorcine dans les pansements des plaies de cette nature ; car si nous comparons les effets de l'iodoforme, dont l'efficacité est universellement reconnue dans les cas de ce genre, aux effets obtenus par la résorcine dans les mêmes conditions, nous trouvons un avantage considérable en faveur de cette dernière : nous découvrons, en effet, parmi les observations que nous avons pu recueillir depuis huit mois, cinq cas de chancres mous traités par l'iodoforme ; voici la durée de ce traitement, durée relevée sur nos feuilles.

F... (Fanny), chancre fourchette, guérison au bout de 2 mois.

S... (Henriette), chancre fourchette, guérison au bout de 32 jours.

M... (Eugénie), chancre fourchette, guérison en 30 jours.

B... (Rosalie), chancre fourchette, guérison en 34 jours.

B... (Victorine), chancre fourchette, guérison en 36 jours.

Ces cas sont pris absolument au hasard, tels qu'ils sont fournis par les observations recueillies et prouvent nettement que la résorcine a une efficacité plus grande que l'iodoforme.

D'après le relevé de ces cinq cas nous trouvons, en effet, que l'iodoforme guérit le chancre mou après un traitement dont la durée moyenne est de trente-huit jours, tandis que la résorcine arrive au même résultat en moyenne au bout de vingt-trois jours.

Les résultats sont donc des plus remarquables.

De plus, la résorcine, tout en étant un cicatrisant énergique comme l'iodoforme, ne possède aucun des inconvénients de ce dernier : elle est absolument inodore et ne peut amener de phénomènes d'intoxication qu'à des doses relativement très considérables.

Appliquée sur une plaie vive, la résorcine donne lieu à une sensation légèrement douloureuse qui disparaît, en général, très rapidement. Elle donne aux ulcérations et aux surfaces suintantes une coloration blanchâtre ou plutôt opaline, résultant probablement de la coagulation de l'albumine et du sérum du sang.

La formule que nous proposons définitivement est la suivante :

| | |
|---|---|
| Eau distillée...... | 20 grammes. |
| Résorcine........ | 5 — |

ou encore de la poudre de résorcine.

Pour nous résumer nous dirons donc que la résorcine est un topique excellent dans le traitement du chancre mou, surpassant les effets de l'iodoforme, et bien préférable à ce dernier, dont l'odeur est tellement insupportable qu'elle fait renoncer bien souvent à ses vertus curatives.

# DE LA TENTE EPONGE ET DE LA DILATATION DU COL.

## SES INCONVÉNIENTS, SES DANGERS.

**Par le Dr Boissarie** (de Sarlat),
**Membre correspondant de la Société de chirurgie.**

Je voyais, le mois dernier, dans le service de M. le Dr Gallard, à l'Hôtel-Dieu, une femme qui avait été atteinte d'un commencement de péritonite, à la suite d'une dilatation du col avec l'éponge préparée. M. Gallard nous faisait remarquer que cet accident s'observait assez souvent dans ces conditions et que l'usage de l'éponge était loin d'être inoffensif. Ce n'est pas seulement, nous disait-il, pour arriver à un diagnostic plus précis et plus parfait, mais seulement poussé par une nécessité ou un intérêt supérieur, que l'on est autorisé à passer outre et à recourir à ce procédé. Soit que les éponges, ajoutait-il, de mauvaises qualités, composées de plusieurs pièces ne puissent plus se retirer avec la même sécurité; soit que, par leur adhésion intime avec les tissus qu'elles écartent, elles irritent la muqueuse, enlèvent l'épithélium, déterminent une plaie véritable, porte d'entrée désormais ouverte pour l'introduction des matières septiques; toujours est-il que leur application n'est pas exempte de dangers; c'est une véritable opération préliminaire qui vient ajouter ses risques à ceux que peuvent entraîner les opérations consécutives. On n'est plus sur un terrain neuf, exempt de traumatisme; l'économie a subi un premier ébranlement dont il faut tenir compte.

Ces réflexions me remettaient en mémoire le souvenir d'un fait qui m'était personnel et qui m'avait péniblement impressionné; j'avais, en dilatant le col avec l'éponge, déterminé chez une jeune femme une péritonite qui s'était rapidement généralisée et avait entraîné la mort. Je fis part de cette observation à mon cher maître, le Dr Gallard; il m'engagea à la publier dans les Annales, je le lui promis et je viens aujourd'hui tenir ma promesse.

Nous sommes loin de partager la confiance que témoignaient, au début, les chirurgiens américains pour cette méthode; mais il y a grand intérêt à publier encore tous les revers qui lui sont imputables, ne serait-ce que pour s'en préserver plus sûrement à l'avenir. Du reste, l'utérus est un organe dont on ne peut mesurer d'avance l'impressionnabilité; s'il est souvent sans danger d'inciser le col, de le cautériser profondément au fer rouge, d'introduire dans sa cavité des caustiques énergiques, d'y abandonner même des crayons de nitrate d'argent; dans d'autres circonstances, les pratiques les plus inoffensives, les cautérisations les plus légères, le toucher lui-même peuvent être suivis d'accidents graves et même d'accidents mortels. Jamais il ne sera possible de doser d'une façon précise le retentissement que telle ou telle manœuvre pourra déterminer.

Parmi les traitements qui exposent aux plus grands mécomptes, nous devons placer les injections intra-utérines et la dilatation mécanique du col; dans les règles qui doivent présider à leur application, il importe donc de se tenir en deçà plutôt qu'au delà des limites de la prudence; de la sorte, on pourra se mettre à l'abri de toute surprise, sinon de tout accident. Quoi qu'on fasse, en effet, il est des cas nombreux où l'on n'a plus à choisir; l'hésitation n'est pas permise parce que la vie est menacée, et l'opérateur est forcé d'agir, même dans des conditions peu favorables pour la malade.

Cette nécessité m'a été imposée dans les deux cas suivants que je vais résumer en quelques mots, dans leurs traits essentiels. La première malade, à la suite d'une tentative de dilatation par l'éponge, a été prise d'une péritonite qui a entraîné la mort; la seconde, prise des mêmes accidents, nous a inspiré un moment les plus vives inquiétudes.

Mme G..., âgée de 35 ans, mariée et sans enfants, avait depuis deux ou trois ans, des pertes presque continuelles. Grande et forte, d'une bonne constitution, elle n'avait pas tardé à ressentir les fâcheux effets de cette perte prolongée; lorsque je la vis, elle était pâle, amaigrie, se tenant à peine.

L'utérus était volumineux, mais en position convenable. Le col, ramolli, entr'ouvert, laissait pénétrer la première phalange, et on trouvait à son centre, dans sa partie supérieure, l'extrémité d'un polype fibreux qui paraissait mobile dans la cavité utérine.

J'introduisis une tente d'un volume moyen que je laissai en place jusqu'au lendemain matin ; le lendemain, la tente fut retirée et remplacée par une seconde que j'enlevai le soir même, et comme l'orifice supérieur était encore contracté et rigide, je crus devoir placer une troisième et dernière éponge. Mais le lendemain matin, le ventre était douloureux, la malade avait éprouvé des frissons et le pouls s'était élevé d'une façon sensible. Je suspendis immédiatement toute manœuvre et employai tous mes efforts pour combattre la complication nouvelle qui se présentait. La péritonite sembla d'abord très limitée et sans grand retentissement sur l'économie ; je crus un moment que cette poussée inflammatoire resterait circonscrite et pourrait s'éteindre sur place. La malade voulut être transportée chez elle, à une distance de quelques kilomètres ; le voyage s'effectua sans trop de fatigues. Mais la péritonite continua ses progrès, progrès assez lents mais continus ; elle s'étendit peu à peu en se généralisant, accompagnée de vomissements, d'une fièvre et de douleurs d'intensité moyenne ; pendant six semaines, je cherchai vainement à arrêter dans son cours cette grave complication ; la malade finit par succomber, sans avoir obtenu de rémission sensible depuis l'apparition des premiers accidents. Le début si brusque de la péritonite, pendant la dilatation du col, son point de départ dans le bassin, d'où elle s'étend peu à peu pour envahir tout l'abdomen ; sa marche subaiguë, mais constamment progressive, toutes ces conditions réunies impriment un cachet spécial à cette affection, et ne permettent pas de chercher ailleurs que dans l'éponge la cause unique et première de la mort de cette malade.

Tout dernièrement, je donnais des soins à une femme âgée de 60 ans, qui, depuis deux ans, était sujette à

une métrorrhagie très abondante. Ces pertes sanguines l'avaient beaucoup épuisée, aussi était-elle réduite à une profonde anémie. Le col était petit, ferme et induré, tandis que le corps de l'organe renversé en arrière présentait le volume des deux poings. L'accroissement de volume de l'organe et l'hémorrhagie paraissaient dus à une tumeur fibreuse ou à un polype. Quelque temps auparavant, M. le Dr Oré avait soigné cette malade, et, tout en posant le même diagnostic, il l'avait soumise à l'usage du seigle ergoté à l'intérieur. Ce traitement n'avait pas produit de résultat appréciable; l'hémorrhagie continuait sans interruption; la malade ne pouvait guère quitter son lit, et ses forces allaient chaque jour en diminuant. Une intervention plus active paraissait s'imposer. Je me mis donc en mesure de dilater le col, afin d'explorer la cavité utérine et de la débarrasser de la tumeur qui devait faire saillie dans son intérieur. Quatre éponges furent successivement appliquées; je ne les laissai en place que cinq à six heures chacune, je n'obtins qu'une dilatation incomplète, l'orifice supérieur ne se laissant que difficilement traverser par la tente; pour plus de précautions, je pratiquai des lavages ou injections que je portai jusques dans l'intérieur du col. Enfin, pour ne pas prolonger ces tentatives qui ne donnaient qu'un résultat insuffisant, pressentant que les fibromes devaient être fixés par une base large à la surface utérine, j'injectai dans la cavité de la matrice quelques gouttes de teinture d'iode, suivant en cela le procédé de Savage qui prétend, par ce moyen, arrêter invariablement l'écoulement de sang. La perte rouge fut en effet remplacée par une suppuration abondante qui tachait plusieurs serviettes dans la journée et montrait combien la teinture d'iode avait dû exercer une action modificatrice sur la muqueuse utérine. Malheureusement cet effet n'était pas resté purement local; en même temps, le ventre devenait douloureux, le pouls prenait de la fréquence, il y avait quelques vomissements et l'ébranlement imprimé à l'utérus retentissait dans tout le péritoine. Nous eûmes, pendant quelques jours, d'assez vives inquiétudes; nous ne pouvions calmer les souf-

frances parfois intolérables et arrachant des cris à la malade que par des doses élevées d'opium; les accidents, cependant, cédèrent peu à peu, et cette péritonite put être enrayée assez rapidement, mais non sans avoir fait courir des dangers sérieux à notre malade. L'avenir nous dira quelle sera l'action de l'injection iodée sur la perte de sang. A quel moment, et dans quelles conditions faudra-t-il intervenir de nouveau, si les fibroïdes continuent à se développer. C'est une question rendue plus difficile et plus délicate par les mécomptes qu'une première tentative nous a fait éprouver.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins établi par la première observation, que la seule dilatation par l'éponge préparée du col utérin peut occasionner la mort. Notre observation mérite donc de prendre place à la suite des faits malheureux imputables au même procédé et qui ont été publiés. Le second fait est moins probant. Il y a eu un commencement de péritonite, mais nous avions injecté dans la cavité utérine, après dilatation, quelques gouttes de teinture d'iode. Les deux opérations peuvent donc avoir concouru à ce même résultat.

Il est certainement utile de conserver le récit des divers cas de mort imputables à l'emploi de la tente éponge. Ce procédé est, en effet, d'une exécution si simple, que la malade et le médecin peuvent se laisser séduire par les apparences d'une bénignité trompeuse. En présence d'une malade épuisée par une hémorrhagie ancienne, atteinte de fibroïdes encore enfermés dans l'utérus, il faut être bien pénétré des inconvénients et des dangers de la dilatation du col; attendre le moment favorable pour agir, et ne pas céder à un entraînement prématuré.

La chirurgie française, dans ces dernières années, semble s'être attachée, surtout en gynécologie, moins à créer de nouvelles méthodes qu'à perfectionner les procédés employés, à préciser le champ de leurs applications, à les préserver même de l'enthousiasme exagéré des premiers auteurs. Les Américains, avec leur esprit ingénieux, ont inventé un grand nom-

bre d'opérations qu'il nous ont présentées couronnées des plus brillants résultats, mais ils reconnaissent eux-mêmes (Chadwick, Annal. gynécol., novembre 1881) qu'ils ont pu apprécier ces résultats au-dessus de leur valeur réelle. « La France, disent-ils, fait preuve d'un manque d'originalité et de beaucoup de tendance à la discussion. » Cet esprit de critique n'a pas été sans porter ses fruits; grâce à nous, l'incision du col dont on a abusé, commence à tomber dans l'oubli; l'éponge préparée, moyen puissant mais dangereux, est réservée pour des cas exceptionnels. La lacération du col par la méthode d'Emmet est encore à l'étude. Tous ces procédés nouveaux acceptés avec trop d'empressement, ont été soumis à une appréciation exacte et plus rigoureuse, et la chirurgie gynécologique, en France surtout, s'est maintenue dans les voies sûres et méthodiques, dont elle ne peut se départir sans danger; les Américains nous doivent d'avoir su les préserver de leurs propres excès.

---

## DE L'ANUS CONTRE NATURE ILÉO-VAGINAL ET DES FISTULES INTESTINO-UTÉRINES (1).

Par le Dr L. H. Petit,
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

(SUITE) (2).

### ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE (3)

L'extrême rareté de la fistule iléo-vaginale ou intestino-utérine s'explique aisément, quand on songe que sa formation est subordonnée à l'existence préalable d'autres lésions

(1) Mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix Huguier, 1881).

(2) Voir *Annales de gynécologie*, numéro de décembre 1882.

(3) Voici l'ordre chronologique des observations de fistule intestino-utérine que nous avons recueillies, et qui ne figurent pas dans l'historique des fistules

également rares, et exige en outre un concours spécial de circonstances qui se trouvent rarement réunies. Ces circonstances sont l'établissement d'une première communication entre la cavité péritonéale et la cavité vaginale ou utérine, puis d'une seconde communication entre cette dernière et la cavité intestinale, et en même temps la formation d'adhérences qui maintiennent indéfiniment les deux ouvertures en rapport entre elles. En d'autres termes il faut que deux organes, comme le vagin ou l'utérus et l'intestin, absolument indépendants et complètement séparés l'un de l'autre par une couche plus ou moins épaisse de tissus, soient mis d'abord en rapport permanent et qu'il y ait en plus, dans un point, destruction de leurs parois jusqu'à abouchement de leurs cavités respectives.

La communication péritonéo-génitale succède à des lésions traumatiques ou à un travail ulcératif. Dans le premier cas, il y a plaie pénétrante de l'abdomen par voie vaginale ou utérine : on en trouve d'assez nombreux exemples dans les articles consacrés aux plaies du vagin et aux ruptures utérines et vaginales pendant le travail de l'accouchement. L'agent vulnérant est très variable. Tantôt c'est le fœtus, plus souvent un instrument obstétrical maladroitement manié ou introduit dans le but coupable de provoquer l'avortement. Enfin dans les opérations pratiquées dans le vagin, sur le col de l'utérus ou sur l'utérus lui-même, plus d'une fois on a pénétré dans la cavité péritonéale, soit involontairement, soit de propos délibéré, comme dans l'extirpation de l'utérus cancéreux ou dans l'ablation de la matrice renversée.

La communication par ulcération a été moins étudiée ; on sait cependant qu'elle peut s'établir, par suite d'une inflammation du petit bassin, ou à propos d'un épithélioma utérin ou vaginal. Dans certains cas de gangrène ayant détruit largement

---

iléo-vaginales : Lambron (1775), Percy (1782), Husson (1834), Davey (1836), Davis (?), Morgan (1844), Forget (1851), Scharlau (1866), Dunn (1868), Simpson (1874), Dianoux (1875), Skinner et Ellis (1879), Röseler (1879), Einbeck (1880). — Nous discuterons plus loin à quelle variété il faut rattacher les faits d'Ashwell et de Pennel.

le vagin et le col, l'eschare va jusqu'au péritoine. Nous citerons quelques exemples de ce genre. Nous pensons encore, sans en être sûr, que l'ablation de l'utérus par les caustiques et en particulier par les flèches pourrait bien porter la mortification jusqu'au péritoine inclusivement.

De son côté, l'ouverture de l'intestin, suivie de son abouchement avec le conduit génital, reconnaît plusieurs ordres de causes :

1o L'étranglement d'une anse intestinale engagée dans la rupture utérine ou vaginale.

2o L'ouverture de la double paroi intestino-utérine ou vaginale, après inflammation ou gangrène du vagin, de l'utérus ou du petit bassin.

3o En cas de grossesse extra-utérine, l'ouverture du kyste dans le vagin, suivie de celle de l'intestin dans la cavité kystique, après adhérence inflammatoire.

4o L'ulcération de la double paroi après adhérence d'origine cancéreuse.

5o La section de l'intestin renfermé dans un utérus prolapsé.

Nous allons examiner successivement l'influence de ces diverses causes.

PREMIÈRE CAUSE. — *Etranglement d'une anse intestinale engagée dans la rupture utérine ou vaginale.*

Bien que le nombre des ruptures de l'utérus ou du vagin, dans les accouchements laborieux et qui nécessitent des manœuvres prolongées, à main armée ou non, soit assez considérable, le nombre des cas dans lesquels une anse intestinale s'est insinuée dans la rupture est assez restreint. Ainsi, Trask (1), sur plus de 300 cas de rupture de l'utérus et du vagin, en a trouvé à peine 20 dans lesquels on ait constaté la présence de l'intestin dans ces cavités. D'autre part, il s'en

(1) Trask. *On rupture of uterus*, in *American Journ. of med. sciences*, 1848, 2e série, t. XV, p. 110.

faut de beaucoup que cette issue des intestins par la rupture ait été toujours l'origine d'une fistule stercorale. Dans un certain nombre de cas, la réduction spontanée de l'anse intestinale a eu lieu, et la femme a guéri. Dans d'autres, l'accoucheur, ayant constaté la lésion, a réduit dans le ventre l'anse herniée, et la guérison a encore eu lieu. M. Budin a cité un certain nombre de faits de ce genre dans sa thèse d'agrégation (1).

Dans d'autres cas enfin, la mort par épuisement, ou par péritonite suraiguë, survient trop tôt pour que l'anus anormal ait le temps de se constituer. On pourrait en réunir un assez grand nombre. Nous citerons seulement les observations de Benivenius et de Garmann, celle de Percy, dans laquelle l'intestin était déjà sphacélé quelques heures seulement après l'accouchement, et une autre communiquée par Brainard à Trask (2), et dans laquelle la parturiente survécut quatre jours à l'accouchement et parut mourir d'étranglement des intestins.

Dans le cas de Percy, l'intestin mortifié s'était déjà ouvert dans la matrice, qui contenait des matières fécales; l'anus anormal est dès lors presque achevé.

### Observation VII.

*Rupture de la matrice au sixième mois de la grossesse; étranglement de l'intestin grêle par la plaie utérine; mort au bout de vingt-deux heures* (3).

Une femme parvenue au terme de sa sixième grossesse en cinq années de mariage, s'étant mise au lit après un souper de famille dans lequel elle avait beaucoup ri et mangé, dormit d'abord tranquillement, et fut éveillée au bout de quelques heures par des

(1) Budin. Thèse d'agrégation, 1878, p. 56 et 116.

(2) *Amer. Journ. of med. scien.*, 1856, vol. XXXII, p. 93, obs. 382.

(3) Cette observation, communiquée en 1783 à l'Académie de chirurgie par Percy, ne fut publiée qu'en 1804 par Deneux, dans sa thèse inaugurale, p. 53. Elle faisait partie d'un mémoire de Baudelocque, resté inédit, mais que Deneux a eu entre les mains.

crampes, des douleurs atroces dans le bas-ventre et les lombes, accompagnées de vomissements. Elle appela M. Percy, le père, son parent; mais il ne put parvenir à la soulager, et vers les six heures du matin les eaux de l'amnios s'évacuèrent. La matrice se contractait avec violence sur le corps de l'enfant, sans que, pour cela, l'orifice en devînt plus mince et plus dilaté. Longtemps après, Mme Percy, qui était restée auprès de la malade, aperçut qu'un des bras de l'enfant était sorti, engagé jusqu'à l'épaule, et tellement serré dans cet orifice qu'il paraissait comme étranglé; ce qui l'engagea à rappeler son mari. Ce fut en vain, à son retour, qu'il chercha le bras qu'on lui avait annoncé; il n'était plus dans le vagin, et il ne put même le retrouver en portant la main dans l'utérus pour terminer l'accouchement; ce qu'il était urgent de faire, car la matrice s'était déchirée, et l'enfant allait en sortir et pénétrer dans l'abdomen. L'accouchement fut terminé en peu de temps; mais au lieu de la tranquillité qui semblait devoir le suivre, les accidents continuèrent et parvinrent même à un plus haut degré d'intensité qu'auparavant. Plusieurs médecins furent appelés; on eut recours aux saignées, aux mixtures, aux potions, aux opiatiques, et rien ne procura le moindre soulagement. La matière du vomissement était alors d'une odeur infecte comme dans une hernie étranglée et menacée de gangrène. La malade mourut vingt-deux ou vingt-trois heures après le début des premières douleurs, et fut ouverte le jour suivant.

Tous les viscères abdominaux étaient dans un état de gangrène et de pourriture très avancé. Deux circonvolutions d'intestins s'étaient insinuées dans la matrice par une rupture qui se trouvait à sa partie postérieure, supérieure et latérale gauche, à un travers de doigt de la trompe, et formaient, dans la cavité de ce viscère, une tumeur dans laquelle on ne reconnaissait aucune partie; le sang, les excréments, les tuniques des intestins, et peut-être quelques restes de l'arrière-faix, avaient été confondus par la gangrène. Avant de fendre la matrice, on essaya d'en retirer les anses intestinales; mais elles se déchirèrent et laissèrent apercevoir quatre orifices assez distincts. La matrice, contractée sur elle-même, égalait encore en volume la forme d'un chapeau ordinaire; elle était allongée à l'endroit de sa rupture, comme si elle s'était avancée au devant des intestins qui s'y trouvaient incarcérés et étranglés de la manière la plus étroite. Cette rupture, très large avant la contraction de l'utérus, était au plus d'une grandeur propre à mettre le doigt au moment de l'ouverture.

Avec ces cas peuvent être placés ceux dans lesquels une anse considérable d'intestins, prise pour le cordon ombilical, a été arrachée, ce qui a déterminé assez rapidement la mort. (Voir Budin, thèse citée, p. 114 et 115, et Barnes, *The Lancet*, 11 juillet 1874, vol. II, p. 58.) La malade de Dunn survécut six jours et perdit 2 mètres et demi d'intestins grêles.

Cependant ces mutilations étendues ne sont pas toujours suivies de mort et l'anus vaginal a pu se constituer complètement. En effet, la malade de Mac Keever perdit environ 1 mètre et demi d'intestin grêle ; celle de Casamayor une anse qui descendait jusqu'à la partie moyenne des cuisses; celle de Jones 19 pieds et demi (il ne restait qu'un mètre et demi d'intestin grêle); celle de Heine, 2 pieds et demi; celle de Bartels plusieurs pieds; enfin, celle de Röseler, 20 centimètres environ du côlon descendant. Toutes ces malades guérirent des effets immédiats du traumatisme, sauf celle de Jones, qui survécut cependant 17 jours.

Voici cette intéressante observation :

### Observation VIII.

*Rupture du vagin ; issue et traction des intestins ; ablation de 19 pieds et demi de l'intestin grêle ; anus iléo-vaginal ; mort au bout de dix-sept jours* (1).

Mme Dent, 24 ans, d'une bonne santé habituelle, mère de 4 enfants dont les couches avaient été naturelles, était de nouveau enceinte d'environ trois mois. Le 22 mai, sa santé étant comme d'habitude, elle transporta sur une chaise, d'une pièce dans une autre, un sac contenant 75 kilogs de farine et le déposa sur le sol. Dans l'après-midi du même jour elle se plaignit d'une douleur dans le bas-ventre ; pensant qu'elle allait faire une fausse couche, elle envoya chercher M. Garland, praticien résidant à Lilleport, à deux milles environ de chez elle. Il arriva vers quatre heures du matin le lendemain, et, après l'avoir examinée, dit qu'il ne pouvait faire venir l'enfant; il attendit quelques instants, l'examina de nouveau et la fit souffrir horriblement. La malade s'écria : « Pour l'amour de Dieu, laissez-moi,

(1) Jones. *The Dublin Journal*, 1845, t. XXVI. p. 162.

vous m'arrachez les entrailles du corps » et « qu'elle pouvait sentir ses boyaux s'échapper de son estomac jusqu'à sa gorge ». L'accoucheur avait alors une main dans son corps, et la personne qui assistait la malade, et dont je tiens ces détails, vit à ce moment les intestins sortir du corps et gisant sur le lit en assez grande quantité pour remplir un vase de bonnes dimensions. M. Garland dit qu'il ne savait ce qu'il avait amené, qu'au surplus l'enfant n'était pas venu et qu'il n'en sentait aucun.

Je fus appelé par la malade vers sept heures et demie, et en passant mes mains sous les couvertures, je saisis quelque chose que je pensai d'abord être le cordon ombilical, car je ne savais rien, et je n'avais pu obtenir de renseignements sur ce qui s'était passé avant mon arrivée. Je relevai les couvertures et je vis une grande quantité d'intestins sortis par le vagin et reposant sur le lit. Ma première pensée fut de les faire rentrer dans l'abdomen s'ils étaient intacts; mais après examen, je trouvai une extrémité complètement séparée et rompue; l'autre bout, c'est-à-dire celui qui était le plus près du vagin, était à peu près dans le même état, n'étant plus retenu que par une bride pas plus large que mon ongle; dans toute cette étendue l'intestin était séparé de son mésentère.

Je décidai donc immédiatement qu'il serait tout à fait inutile, et même hautement contre-indiqué, de faire rentrer dans la cavité abdominale cette portion d'intestin qui n'y serait plus qu'un corps étranger; et, autant pour éviter de dévoiler la nature du cas que pour ôter à la malade cette source de dangers, j'appliquai une ligature sur l'intestin près de la vulve, et je divisai les parties situées au-dessous.

Considérant le cas comme désespéré, et pensant que la malade n'avait plus que quelques heures à vivre, je ne crus pas nécessaire de la faire souffrir davantage en l'examinant de nouveau.

A ce moment on n'avait pas encore vu le fœtus, mais dans le courant de la journée la garde, en changeant la malade, le trouva dans le lit, et le donna au Dr Stevens. Il avait environ trois mois.

La partie séparée de l'intestin mesurait 19 pieds et demi; c'était tout de l'intestin grêle. Je vous en présente une partie, afin que vous puissiez voir qu'il a été entièrement séparé de son mésentère, et combien il aurait été mal à propos de le faire rentrer dans l'abdomen.

Le même soir le Dr Stevens visita la malade avec moi. Nous la trouvâmes tranquille, ne présentant aucun symptôme général de la

lésion locale grave qu'elle avait subie; comme je fus appelé à Londres le lendemain pour affaires, le traitement consécutif fut dirigé par mon confrère. On se contenta pour ainsi dire de soutenir les forces avec du gruau, du bouillon de poulet, et les aliments liquides analogues qu'elle put supporter, l'estomac étant excessivement irritable, et rejetant presque tout ce qu'elle prenait. L'intestin, qui avait été lié à l'orifice du vagin, tomba le 24, et un anus contre nature fut établi dans cette région. La crainte d'injecter des liquides par l'intestin rompu dans l'abdomen empêcha d'administrer des lavements. La malade s'affaiblit de plus en plus, son pouls tomba de 120 à 60; elle ne souffrit que très peu et mourut le 8 juin, c'est-à-dire 17 jours après l'issue des intestins.

A l'autopsie, qui fut faite le 10, on remarqua que l'abdomen était plus flasque que de coutume. La portion restante des intestins était plus ou moins altérée, le côlon étant en état de mortification; il y avait environ 2 yards ($1^{m},80$) d'intestin grêle dans l'abdomen, il se dirigeait de l'estomac dans le petit bassin, et aboutissait et adhérait à une ouverture inégale située en arrière et à droite du vagin, et assez large pour admettre deux ou trois doigts. Le côlon occupait sa place accoutumée; l'intestin grêle en avait été séparé près du cæcum, point dans lequel il existait un petit abcès entourant et bouchant le bout lacéré de l'intestin. Le mésentère était déchiré dans une grande étendue; le grand épiploon sphacélé; le vagin autour de la rupture était sain, l'utérus avait son volume ordinaire, et ne présentait rien d'anormal dans son aspect.

Je n'ai pas l'intention de faire de théorie sur l'état dans lequel se trouvait la malade lorsque M. Garland la vit pour la première fois, ni sur les manœuvres par suite desquelles les intestins furent attirés hors du vagin et lacérés comme je l'ai décrit. On ne peut faire que des conjectures sur ce point; d'autres se feront aussi bien que moi une opinion à ce sujet. Je veux simplement donner en peu de mot les raisons pour lesquelles j'adoptai le traitement consécutif qui fut mis en pratique.

Quelques personnes ont soutenu qu'on aurait dû faire rentrer les intestins dans l'abdomen, et, qu'en les sectionnant, j'avais privé la malade de la minime chance de guérison qu'elle pouvait avoir. Je sais bien qu'on a rapporté des cas dans lesquels des portions considérables d'intestin, et même tout le contenu de l'abdomen, ont fait issue par des plaies de la paroi abdominale et qu'on les a rentrées

avec succès; des plaies de parties herniées ont été suturées, et dans quelques cas les bouts complètement divisés de l'intestin ont été mis en contact, réunis par la suture, et la guérison est survenue. Ces cas sont il est vrai, très rares; mais je ne sache pas qu'une portion considérable d'intestin, séparée de son mésentère, ait été réduite avec succès, encore moins une anse qui, comme dans le cas actuel, était complètement rompue à une extrémité (le bout correspondant n'étant pas dans la plaie) et presque complètement à l'autre. La folie, ou si l'on veut la témérité de réduire une anse intestinale dans de telles conditions, me paraît tellement évidente, que je n'aurais pas songé à appeler l'attention du lecteur sur ce sujet, si la possibilité de la mesure que j'ai adoptée n'avait pas été mise en question. L'état de l'intestin ne permettant pas de le réduire, il valait mieux naturellement en faire l'ablation. J'appliquai une ligature sur lui dans l'idée que la mort ne tarderait pas à survenir, et dans le désir de cacher à l'entourage les circonstances qui l'avaient précédée, car je ne savais pas que la garde avait vu les intestins avant mon arrivée. Je ne prétends pas défendre cette partie du traitement, mais il est évident qu'elle ne fut nullement nuisible, d'après ce fait que la partie liée tomba le lendemain et qu'un anus contre nature fut établi dans le vagin; en outre la malade vécut dix-sept jours, et finit par succomber sous les efforts combinés d'une nutrition insuffisante, et d'une inflammation péritonéale, déterminée par la lacération de l'intestin et du mésentère.

Les tentatives faites pour nourrir la malade furent rendues inutiles par l'état d'irritation de l'estomac et du peu de longueur du reste de l'intestin par lequel les aliments pouvaient passer.

Comme je l'ai dit déjà, la crainte d'injecter par l'intestin rompu dans l'abdomen, car nous ne pouvions savoir exactement à quel point il avait été déchiré, ni ce qu'était devenue l'extrémité restée dans le ventre, empêcha l'administration d'aliments par le rectum (1).

Cette issue considérable d'intestins ne fut pas spontanée; dans la plupart des cas, comme dans le précédent, un des assistants, quelquefois la sage-femme et même l'officier de santé, les atti-

(1) L'éditeur du journal fait suivre cette relation du compte rendu de l'enquête médico-légale faite sur ce cas. Nous n'y avons trouvé aucun détail qui ne fût dans les pages précédentes.

rèrent hors du vagin, pensant tirer sur le cordon ombilical (cas de Mac Keever, de Heine, de Bartels). Dans ce dernier cas, une imprudence de la malade fut en partie cause de la catastrophe. La sage-femme avait attiré hors de la vulve une anse intestinale, lorsque le médecin présent, occupé auprès de l'enfant, arriva à temps pour prévenir une lésion plus étendue; il fit rentrer l'intestin par la rupture dans l'abdomen. Malheureusement, la femme, contre tout avis, se leva le lendemain : la hernie vaginale se reproduisit, et l'intestin s'étrangla, se sphacéla et s'élimina. (Obs. XLI.)

L'étranglement de l'intestin hernié s'est produit 14 fois dans nos observations : 11 fois dans le vagin (Mac Keever, Casamayor, Jones, Heine, Birkett, Bartels, Roux, Gussenbauer, Garmann, Favera, Kiwisch), et 3 fois dans l'utérus (Percy, Dunn, Pennel). Dans ce dernier cas toutefois, il y a incertitude sur le siège de l'étranglement. Nous y reviendrons plus loin. (Obs. XXIX.)

Les manœuvres faites pendant l'accouchement ont été souvent incriminées comme causes de l'anus vaginal. Il est certain que, dans la plupart de nos observations, l'accouchement a été laborieux et a nécessité souvent l'intervention du forceps et même du céphalotribe; mais il est difficile de faire la part qui revient exactement à la compression des parties molles de la mère par la tête du fœtus, à la longueur du travail et à l'intervention de l'accoucheur.

Trois des cas les plus graves sont consécutifs à l'avortement, qui fut spontané dans ceux de Percy et de Wood, et très probablement provoqué dans celui de Casamayor. Une note de ce dernier le fait très justement supposer. « On peut, dit-il, avoir une idée exacte de la cause de l'avortement, si l'on réfléchit sur la nature des accidents qui l'ont précédé, accompagné et suivi, et surtout si l'on sait que cette femme est devenue enceinte et a avorté en l'absence de son mari. »

Il est très probable que la rupture du vagin a été causée ici par les manœuvres abortives. Il n'y a aucun doute à avoir pour le cas de Pennel, où ces manœuvres ont été avouées.

Dans le cas de Heine, la rupture fut faite pendant l'extraction du placenta. (Obs. XLII.)

Dans les autres cas on eut recours à des manœuvres diverses : au forceps (Birkett, Roux, Bartels, Veit) ; au forceps et autres manœuvres (Gussenbauer) ; à des manœuvres manuelles indéterminées (Jones) ; à la perforation du crâne et à la délivrance par le crochet (Mac Keever).

Roux et Birkett sont, je crois, les deux seuls auteurs qui aient accusé le forceps d'avoir causé la lésion vaginale. « Il paraît, dit Roux, que l'accoucheur pinça, avec la tête de l'enfant, une des lèvres de l'orifice utérin, un repli du vagin et avec ces parties une anse intestinale. » — Et cependant la femme n'éprouva aucun accident grave dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement. Duparcque s'est donné la peine de discuter cette opinion de Roux qui n'est réellement pas sérieuse (1). Quant à Birkett, il dit simplement : « Dans un cas de ce genre, le forceps perfora le vagin derrière le col de l'utérus. » (*Holmes's Surgery*, 1870, t. II, p. 748.)

L'issue de l'anse herniée, suivie d'étranglement, eut une cause tout à fait insolite dans le cas de Favera, où la consommation d'un viol sur une petite fille perfora le cul-de-sac postérieur du vagin.

Nous avons cherché aussi dans un certain nombre d'auteurs si de véritables hernies vaginales, survenues en dehors de l'état puerpéral, s'étaient étranglées et avaient donné lieu à des anus vaginaux; mais nous avons trouvé peu de chose à ce sujet.

On se rappelle le cas de Garmann, dans lequel un chirurgien incisa une hernie vaginale; les intestins s'échappèrent, s'étranglèrent, et la femme périt. (Voir plus haut, obs. I.)

---

(1) Nous avons rangé l'observation de Roux dans les cas d'étranglement intestinal dans une rupture du vagin, non pas seulement à cause de l'opinion de Roux, mais parce qu'il n'y eut pas d'inflammation du petit bassin capable de donner lieu à l'anus vaginal, ainsi qu'on peut le voir dans la lecture du fait rapporté plus loin.

Leblanc, après avoir parlé des anus contre nature consécutifs à des hernies étranglées inguinales et crurales, ajoute : « Ce qui a été observé pour elles ne peut-il l'être un jour pour des hernies entéro-vaginales ? Il ne répugne point à la raison qu'une portion d'intestin engagée dans un écartement des fibres du vagin puisse y être étranglée pour quelque cause que ce soit ; que cet étranglement soit suivi de la gangrène et d'un abcès à la hernie ; que le sac s'ouvre de lui-même et que l'intestin s'en échappe avec des matières de diverse nature. » (*Précis d'opérations de chirurgie*, Paris, 1775, in-8, t. II, p. 274.)

A peu près à la même époque, Smellie publia une observation de hernie vaginale descendant jusqu'au périnée et devenue irréductible pendant une grossesse. Le sac s'enflamma, s'ouvrit, et donna issue à du pus et à une demi-pinte de matières que l'auteur dit être le contenu de l'iléon. La hernie se réduisit alors spontanément, et resta telle jusqu'au terme de la grossesse. Après l'accouchement elle se reproduisit de nouveau. Voici ce fait. (*Observations sur les accouchements*, traduit de l'anglais de M. Smellie, par M. de Préville, Paris, 1777, t. II, p. 169.)

### Observation IX.

En 1746, j'eus l'occasion d'observer une seconde hernie de la même espèce chez une femme qui, environ deux ans avant que je la visse, et un mois après être accouchée de son premier enfant, avait senti, au côté gauche du périnée et de l'anus, une tumeur qu'elle attribuait à la violence que la sage-femme avait employée pour la délivrer. Cette tumeur faisait des progrès considérables ; elle pendait même pendant le jour ; mais, lorsque la malade était au lit, elle avait encore la facilité de faire remonter par degrés les parties du bassin, moyennant que, pour cet effet, elle introduisait deux doigts dans le vagin, dont elle se servait pour réduire ces parties, jusqu'à ce qu'elle s sentît rentrées dans le bas-ventre ; mais elle n'était pas plutôt debout que ces mêmes parties tombaient de nouveau. Cette femme devint grosse environ neuf mois après s'être aperçue de cet accident, et pour lors, elle fut attaquée d'une violente toux qui occasionna un

déplacement de l'intestin si considérable que cette tumeur devint de la grosseur du poing. Cette augmentation de volume augmenta à proportion la difficulté de réduire la hernie, quoiqu'il y eût pour lors bien plus de nécessité d'opérer cette réduction, à cause des douleurs que le poids de la matrice sur ces parties pourrait y occasionner. Enfin, cette nécessité devint si grande que, pour y satisfaire, la malade était très souvent obligée de se mettre au lit. Environ cinq semaines après l'accouchement, la tumeur se trouvait tellement augmentée, qu'il n'y eut plus du tout moyen de la réduire. La malade fut pendant plusieurs jours dans cet état qui lui occasionnait de cruelles douleurs. Comme elle avait passé quelque temps à l'hôpital Saint-Georges, le Dr Ross me fit prier, par son mari, d'envoyer à son secours un de mes élèves. Il était tard quand je reçus cet avis; d'un autre côté, cette femme demeurait fort loin. Je priai M.Tomkins d'y aller en ma place ; mais la malade ne voulut point se soumettre à son examen. Je l'y accompagnai le lendemain, et pour lors, nous la trouvâmes dans une rude agonie. La partie était livide, et toute la circonférence de la tumeur était bordée d'un cercle rouge très vif. La malade était, pour lors, couchée sur le côté, et, l'ayant tournée sur le dos afin de pouvoir examiner commodément le mal, la tumeur s'ouvrit dans son milieu où la peau était très mince, et où l'on sentait intérieurement une petite fluctuation. Cette ouverture, qui était petite, donna issue à une cuillerée environ de pus mêlé de sang; cette évacuation fut immédiatement suivie d'un fluide de couleur grisâtre qui fournit un écoulement d'environ une demi-pinte de matière. Au moment même de cette ouverture, la malade s'écria que l'intestin était remonté, et qu'elle se sentait tout à fait soulagée des douleurs qui la tourmentaient si cruellement un moment auparavant. Cet incident nous consterna beaucoup, parce que le fluide que nous voyions couler nous paraissait venir de l'iléum, d'où nous concluions qu'il fallait qu'il y eût une partie de cet intestin tombée en mortification. Comme la malade n'avait point été à la selle depuis longtemps, on lui donna un lavement pour vuider le côlon. On appliqua un linge sur l'ouverture, et on lui recommanda de ne prendre autre chose que du bouillon fait avec du maigre de mouton ou du bœuf. Cette femme eut le bonheur de se rétablir contre notre attente. Elle porta son enfant jusqu'au terme et fut heureusement accouchée par M. Tomkins. Quelques mois après son accouchement, elle me fit prier de l'aller voir ; pour lors, je vis que la hernie s'était maintenue réduite, et les

parties me parurent assez bien consolidées, quoiqu'il coulât encore un peu de pus par la petite ouverture. Enfin, je conjecturai que la portion enflammée de l'intestin s'était réunie aux viscères circonvoisins, après que la portion gangrénée en avait été séparée. Cette femme a été depuis ce temps-là sujette à de violentes douleurs, et à des embarras de ce côté-là de son ventre, comme si l'intestin fût devenu plus étroit en cet endroit, et qu'il eût été resserré de manière à empêcher le passage des matières. Environ cinq mois après qu'elle fut guérie, la plaie se rouvrit, en conséquence d'un effort qu'elle fit, et comme elle était, pour lors, devenue grosse, un de mes élèves, qui l'accoucha ensuite heureusement, en fit plusieurs fois la réduction. Quelque temps après, cette femme fut prise de la petite vérole dont elle mourut.

Il s'agit donc ici de ce qu'on peut appeler un commencement d'anus contre nature. L'ouverture intestinale et l'ouverture cutanée existaient, mais il manquait l'adhérence de l'une à l'autre. L'orifice intestinal devait être d'ailleurs très petit, puisqu'il se ferma spontanément après la rentrée de l'anse herniée.

Stanley a signalé un cas dans lequel une rupture du vagin ne s'était pas cicatrisée et avait laissé après elle une fistule péritonéo-vaginale. L'intestin grêle sortait et rentrait librement par cette voie. Mais parfois la rentrée s'effectuait difficilement, ce qui fit qu'on proposa à la malade, qui refusa, de lui fermer sa fistule par une opération (*The Lancet*, 1839-40, t. I, p. 248). Ici, la première des conditions nécessaires à la création de l'anus vaginal était seule remplie. Il manquait l'adhérence de l'intestin au pourtour de la rupture, et son ouverture dans le vagin.

Verdier rapporte, dans son *Traité des hernies* (Paris, 1840), qu'une hernie vaginale s'étrangla dans l'orifice central d'un pessaire appliqué pour la maintenir. On intervint à temps pour en prévenir la mortification (p. 492) (1).

(1) Le résultat fut moins heureux dans un cas de Fehling. Une femme de 63 ans avait depuis trente ans une hernie vaginale énorme, qui rentrait et sortait facilement. Un jour, dans une tentative pour la faire rentrer, la malade

Dès que la hernie est devenue irréductible, l'anse étranglée subit toutes les transformations du sphacèle; elle se congestionne, devient noire, mollasse, puis grisâtre, cendrée, se ratatine, se ride, s'ulcère en plusieurs points, livre passage aux matières fécales, et finit par se détacher. Le processus est analogue à celui de l'étranglement herniaire et l'affection se constitue par une même suite de lésions :

1° Rupture de la paroi utérine ou vaginale;

2° Hernie de l'intestin;

3° Étranglement, puis élimination par sphacèle de l'anse herniée; et, en même temps;

4° Adhérence inflammatoire des tronçons de l'anse intestinale à l'orifice de la rupture.

Il existe cependant des différences importantes dans la manière dont s'effectuent dans les deux cas l'étranglement et l'adhérence des tronçons d'intestin à l'orifice herniaire. Ce dernier, en cas de rupture de l'utérus ou du vagin, se resserre au bout de peu de temps, par suite de la rétraction de l'utérus, et alors l'étranglement est fatal, nécessaire en quelque sorte; on ne peut plus y remédier. Dans l'étranglement herniaire ordinaire, l'agent constricteur est, au contraire, rigide, stable, et dans bon nombre de cas on peut faire rentrer l'intestin sans toucher à l'orifice. Dans le premier cas, l'étranglement est actif; il est passif dans le second.

En cas d'accouchement, l'intestin hernié se trouve dans un foyer d'inflammation et ne tarde pas à s'enflammer à son tour; les adhérences se forment par conséquent rapidement; aussi n'avons-nous vu, dans aucun cas, d'épanchement stercoral dans le péritoine. En cas d'étranglement herniaire par les orifices naturels, la hernie peut rester dans le sac plusieurs jours sans s'enflammer, sans adhérer aux tissus voisins, et

---

pressa si fort contre le cul-de-sac postérieur du vagin qu'elle le rompit; les intestins s'échappèrent et s'étranglèrent dans la rupture. On fit plusieurs essais infructueux de réduction, et la malade mourut quelques heures après. (*Archiv für Gynækologie*, 1874, vol. VI, p. 103.)

elle peut être réduite presque en tout temps, sauf les cas dans lesquels des manœuvres intempestives ont provoqué des hémorrhagies et même une inflammation de voisinage, et ceux dans lesquels le sphacèle, amenant la perforation de l'intestin, se termine par une inflammation due à l'issue des matières fécales.

Toutefois, l'intestin s'étrangle et s'élimine plus rapidement quand la rupture siège dans l'utérus, à cause de la contraction de cet organe, que lorsqu'elle siège dans le vagin.

La chute de l'anse sphacélée s'est faite spontanément dans les cas de Mac-Keever, de Heine et de Pennel — consécutivement à la ligature dans ceux de Casamayor et de Jones. — Rœseler, Bartels et Favera en firent la résection; Birkett et d'autres sont muets sur ce point.

Dans certaines de nos observations, il est à supposer que l'intestin n'aura été saisi dans la rupture que par une partie variable de sa circonférence; car, bien que l'effet définitif ait été le même, on n'a pas trouvé d'anse intestinale sphacélée dans les matières sorties par le vagin. Dans ce nombre sont les faits de Roux, Kiwisch et Gussenbauer.

Il est d'autres cas dans lesquels l'inflammation du petit bassin et l'étranglement d'une partie plus ou moins grande de l'intestin ont dû s'associer pour amener la formation de la fistule stercorale. Tels sont ceux de Wood, Verneuil, Breitzmann et Dahlmann. M. Verneuil pense qu'au moment de l'accident une anse intestinale, fort courte peut-être, mais complète, a traversé la perforation vaginale et s'y est étranglée, tandis que Demarquay était d'avis que la fistule était consécutive à l'inflammation violente des parties intéressées, aidée par leur compression pendant le travail, et à leur abouchement latéral.

Dans le cas de Wood, plusieurs anses intestinales remplissaient le vagin; on essaya en vain de les réduire; une inflammation gangréneuse s'empara du vagin et fut suivie de pertes fécales par cette voie. (Obs. XXVII.)

Dans tous ces cas, les symptômes prédominants furent ceux d'un étranglement intestinal auxquels se joignirent

rent des signes de para-métrite plus ou moins marqués. Ceci est donc déjà une présomption en faveur de notre opinion. En second lieu, la lésion constituée définitivement était un anus avec éperon, à orifice assez large pour admettre le doigt; il nous semble que ceci n'aurait pas été constaté si une bonne partie de la paroi intestinale n'avait pas été détruite par le sphacèle. Enfin, dans les cas de Breitzmann et de Dahlmann, comme dans celui de Kiwisch, l'anus accidentel se trouvait dans le cul-de-sac antérieur du vagin, entre la vessie et l'utérus, et, pour que l'intestin ait pu s'ouvrir dans cette région, il a fallu évidemment que la voie lui fut frayée préalablement par une rupture du péritoine vésico-utérin, du tissu cellulaire sous-jacent et peut-être aussi de la paroi vaginale.

Il résulte donc de tout ce qui précède que certains anus vaginaux ont pour cause l'étranglement d'une anse intestinale par la rupture vaginale ou utérine, ou le pincement de la paroi intestinale par la rupture, aidés le plus souvent par l'inflammation des parties.

DEUXIÈME CAUSE. — *Ouverture de la paroi intestino-vaginale ou utérine après adhérence de l'intestin à la paroi inférieure du petit bassin atteinte d'inflammation ou de gangrène.*

Cette cause a été mise hors de doute dans un certain nombre de cas terminés par la mort et suivis d'autopsie. Une gangrène du vagin ou une pelvi-péritonite consécutive à l'accouchement avait occasionné des adhérences nombreuses et solides entre les anses intestinales et le fond de l'utérus ou la cavité de Douglas dans les observations X, XI, XVIII, XXI et XXIV.

OBSERVATION X.

*Rétrécissement général du bassin; applications répétées de forceps; rupture de la symphyse sacro-iliaque droite; perforation de la paroi vaginale, déchirure du vagin et du col de l'utérus; cephalotripsie; péritonite et gangrène du vagin; endométrite; sphacèle de l'utérus; perforation spontanée du fond*

*de l'utérus et ouverture d'une anse intestinale adhérente en ce point; mort seize jours après l'accouchement.* (Scharlau, *Monats. für Geburtskunde*, 1866, t. XXVII, p. 1.)

Johanna H..., 34 ans, primipare, pas de maladie dans l'enfance, en particulier ni scrofule, ni rachitisme. Menstruée depuis 20 ans, régulièrement, abondamment et sans difficulté ; mariée en 1864 ; conception en novembre, grossesse normale jusqu'à la fin.

Le 3 septembre 1865, premières douleurs ; le 5, dilatation presque complète du col ; la lenteur du travail force la sage-femme à demander l'assistance d'un médecin; celui-ci fait une première application de forceps, qui reste infructueuse, et demande un confrère ; plusieurs tentatives pendant deux heures sans succès. Pensant que la perforation de l'enfant était nécessaire, ils conseillent au mari de faire transporter sa femme à l'hôpital, où elle arrive le 5 septembre, à dix heures du matin.

*Etat actuel.* — Femme bien bâtie, épuisée, pouls fréquent et dur. Expression continuelle de douleur. Fond de l'utérus entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, parois fortement contractées. Petite extrémité du fœtus dans le flanc droit de la mère; battements du cœur à gauche, 128 par minute. Le toucher fait découvrir à droite une déchirure du vagin étendue jusqu'au cul-de-sac, déchiré lui-même, ainsi que le col de l'utérus; le doigt pénètre dans l'épaisseur des tissus péri-utérins; la tête du fœtus, très tuméfiée, est en première position. On ne pouvait atteindre le promontoire ; issue de sang et de sérosité par la vulve. On ne peut tirer d'urine de la vessie avec une sonde. On calme les souffrances avec la poudre de Dower.

A onze heures et demie, on n'entend plus les battements du cœur fœtal ; à une heure, on ne pouvait plus douter de la mort du fœtus. Perforation du crâne : on laisse à la nature le soin de l'expulsion. Etat général de la malade meilleur, mais bientôt après les douleurs cessent complètement.

A deux heures cathétérisme de la vessie. La percussion dénote la présence de l'air dans l'utérus. Sept heures du soir. Tête à peine abaissée. Issue de sérosité sanguinolente par le vagin. Dyspnée.

L'accouchement naturel étant impossible, céphalotripsie répétée et extraction du fœtus. Issue immédiate du placenta, enfant bien développé : seigle ergoté, cataplasmes sur le ventre. A neuf heures, l'utérus est bien revenu sur lui-même, peu sensible. Cathétérisme de la vessie.

Le 6, neuf heures du matin. Nuit bonne, utérus peu sensible, météorisme, œdème de la vulve. T., 38,3; P., 70. Glace sur le ventre, cathétérisme, injection de décoction de lin. Soir : T., 39°; P., 80.

Le 7, neuf heures du matin. Peu de sommeil à cause des envies d'uriner; météorisme plus marqué; cathétérisme; selle spontanée. Fond de l'utérus au niveau du nombril. Lochies fétides. T., 38,2; P., 70. Badigeonnage du ventre avec le collodion, vessie de glace, injection de décoction de lin et d'eau chlorurée, soir : T., 39,7; P., 84.

Le 8, neuf heures du matin. Diarrhée pendant la nuit. Mêmes symptômes. Grande dyspnée par météorisme. T., 40°; P., 120. Opium. Même traitement. Soir : T., 40°; P., 120. Collapsus. Vin rouge. La diarrhée a cessé.

Le 9, neuf heures du matin. T., 39°; P., 104. Météorisme diminué. Abdomen et utérus moins sensibles. Langue fort chargée. Soif vive. Même traitement; en outre alcalins à l'intérieur. Soir, amélioration de l'état général. T., 40°; P., 104.

Le 10, neuf heures du matin. T., 39,5; P., 104. Peu dormi, vomissements fréquents, abdomen plus sensible. Soir : T., 40°; P., 120.

Le 11, neuf heures du matin. Peu de météorisme. Fond de l'utérus au même point et à gauche et œdème de la vulve, lochies très fétides, mêlées de sang et de lambeaux gangréneux détachés du vagin, qui présente de vastes ulcérations. T., 40,4; P., 104. Injection avec une solution de nitrate d'argent. Même traitement d'ailleurs. Soir : T., 40,6; 112 pulsations.

Le 12, neuf heures du matin. La malade se sent bien, mange et boit d'un grand appétit. Même état local. T., 39,5; P., 104. Soir : T., 40,3; P., 112. Dort bien.

Le 13, neuf heures du matin. Selle spontanée, pâteuse. Abdomen mou, indolent. Les injections ramènent de grands lambeaux sphacélés. Etat général bon. Les douleurs des premiers jours, dans la cuisse droite et la région de la symphyse sacro-iliaque droite, sont augmentées. T., 40°; P., 104. Soir : T., 40,5; P., 104.

Le 14, neuf heures du matin. T., 39,9; P., 96. Soir : T., 40°; P., 112,

Le 15, neuf heures du matin. T., 40,2; P., 108. Bien-être subjectif. Connaissance entière. Bon appétit, soif modérée. Muguet sur la langue, cathétérisme de la vessie. Abdomen mou. Utérus presque encore au niveau de l'ombilic et à gauche, atteignant à peine la ligne blanche de son bord droit, et reposant sur la fosse iliaque gauche;

fond sensible à la pression. Les parties gangreneuses de l'entrée du vagin sont nettoyées et commencent à se guérir. De la vulve s'écoule un liquide sanieux, fétide, mélangé de lambeaux noirâtres et faciles à déchirer. A environ un demi-pouce de l'entrée du vagin, on pénètre dans une vaste cavité remplie de lambeaux de parties molles, par laquelle on arrive sur la branche droite du pubis dénudée, rugueuse. Injections avec eau chlorurée; cataplasmes tièdes. Cathétérisme. Solution de borax pour laver la bouche. Soir : T., 41,2 ; P., 120.

Le 16, neuf heures du matin. T., 39,4 ; P., 104. Sommeil bon. Pas de selles depuis quelques jours. Huile de ricin. Soir : T., 39,9 ; P. 108.

Le 18, neuf heures du matin. T., 39,4 ; P., 96. Grand affaissement. Traits décomposés. Coloration ictérique. Augmentation du muguet, qui couvre aussi le pharynx. Utérus toujours gros et mou ; écoulement lochial fétide. Soir : T., 41,2 ; P., 112.

Le 19, neuf heures du matin. Dans la nuit, frisson violent et délire. T., 39,6 ; P., 100. Douleurs déchirantes dans les deux jambes. Utérus sensible à la pression. Le fond est à deux travers de doigt de l'ombilic. Décoction de quinquina. Soir : T., 41,5 ; P., 120. Le matin, vers onze heures, grand frisson. Issue de caillots sanguins. Ecoulement fétide continuel par la vulve. En outre, par l'anus, deux selles de matières fétides, comme du goudron. L'exploration vaginale fait sortir la malade de sa somnolence quand on touche à gauche du cul-de-sac vaginal. Soir, onze heures. Extrémités froides, sueurs visqueuses, pouls filiforme, intermittent ; somnolence plus profonde, d'où elle sort cependant quand on l'appelle.

Le 20. Dans la nuit, vomissements fréquents, ainsi que selles fréquentes et involontaires d'une matière noirâtre. Abdomen rétracté, indolent. Extrémités froides, somnolence profonde, délire gai. T., 38,9 ; P., 108. Le collapsus augmente et la mort survient à trois heures de l'après-midi.

*Autopsie de l'abdomen.*— Peu de gaz dans l'intestin. Adhérences facilement déchirables entre le grand épiploon, les anses intestinales et la paroi abdominale antérieure. Adhérences multiples des anses intestinales dans le petit bassin, à droite de l'utérus ; une d'elles s'étend sur le fond de cet organe, et y est soudée par une masse fibrineuse. De la paroi antérieure de l'utérus partent des exsudations molles au-dessus de la vessie vers la paroi abdominale antérieure ; fausses

membranes lâches, tendues au-dessus du repli de Douglas. Pas de thrombose des veines péri-utérines.

Après l'enlèvement de l'anse intestinale collée avec le fond de l'utérus, on voit sur celui-ci une ouverture de la grandeur d'une pièce d'un franc, entourée d'un bord mince et dentelé. A cette ouverture en correspond une petite dans la paroi intestinale qui a été soudée avec elle, de sorte qu'une communication directe a lieu entre la cavité utérine et le canal intestinal.

On enlève ensemble l'utérus, le vagin, la vessie et le rectum pour les examiner plus attentivement. Dans le vagin on trouve, correspondant au point nécrosé de la branche du pubis, une déchirure longue et profonde en avant et à droite; la paroi droite du vagin est perforée et on peut introduire le doigt dans la cavité sus-mentionnée, qui est limitée en haut par le péritoine, d'un noir bleuâtre. Dans le col de la matrice se trouvent plusieurs déchirures profondes pour la plupart. La cavité utérine est remplie d'une substance molle, noirâtre, putrilagineuse, qu'on peut enlever en grande partie sous un filet d'eau, mais qui reste adhérente en partie sous forme de lambeaux noirâtres. Les fibres musculaires sont assez bien conservées dans le segment inférieur et la muqueuse est sphacélée, mais le sphacèle est d'autant plus étendu en épaisseur qu'on s'avance vers le fond, et à la partie postérieure est une cavité de la grandeur d'un écu et qui s'étend jusqu'au péritoine. Dans le fond même, le tissu musculaire est complètement détruit dans l'étendue de plus d'un écu, et la cavité utérine n'est séparée de l'abdomen que par le péritoine épaissi, qui lui-même est absent au point où les cavités utérine et intestinale communiquent ensemble.

Dans la vessie se trouve, au niveau du trigone, une ulcération de la grandeur d'une pièce de dix sous recouverte de cristaux d'acide urique.

Arthrite sacro-iliaque droite. Exostose à gauche.

Il est probable que dans ce cas l'inflammation s'est étendue de l'utérus, où elle était beaucoup plus avancée, à l'anse intestinale qui passait sur le fond de cet organe. Après la chute des parties mortifiées une communication s'est établie entre les deux cavités. On peut admettre que les selles fétides, noirâtres, qui sont sorties par l'anus quelques jours avant la

mort, provenaient des détritus gangreneux de la matrice, et que l'écoulement continu, fétide, qui avait lieu pendant le même temps par la vulve, était formé par le contenu de l'intestin grêle.

Dans le fait de Simpson, les adhérences de l'utérus avec les anses intestinales, qui avaient eu sans doute la même origine, avaient été constatées pendant la vie.

### Observation XI.

*Fistule utéro-intestinale* (Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique* (trad. par Chantreuil. Paris, 1874, p. 768).

Une dame, peu de jours après ses premières couches, fut prise de fièvre et d'inflammation pelvienne. Celle-ci se termina par un abcès *très étendu*. Environ un an après son accouchement, elle fut apportée à Edimbourg et confiée pendant quelque temps à mes soins. Il y avait encore un épaississement considérable avec douleur à la pression du côté gauche du bassin, qui avait été le siège de la cellulite pelvienne. Le col de l'utérus, avec l'organe tout entier, était élevé, et dévié du même côté. En examinant simultanément, avec les doigts de la main droite placés sur le cul-de-sac vaginal, et avec ceux de la main gauche placés extérieurement sur la région iliaque gauche, je pus aisément constater un fort épaississement et une adhérence de l'utérus et des intestins dans les régions pelvienne et iliaque gauches. Les écoulements purulents se produisirent de temps en temps par l'orifice utérin; parfois, après ces écoulements, de petites quantités de matière fécale se trouvèrent dans le vagin, ce qui prouvait qu'il existait une communication entre le canal intestinal, peut-être l'S iliaque, et la cavité de l'utérus. En examinant doucement le col utérin avec un mince stylet ou une sonde, je pus suivre un trajet fistuleux, allant de la cavité du col vers la région iliaque gauche; mais ce trajet ne put être suivi dans une grande longueur.

Dans ce cas, il y eut une tendance constante à la récidive des attaques inflammatoires; quelques-unes furent extrêmement violentes. La patiente fut ensuite emmenée dans le Sud de l'Angleterre, où elle succomba, je crois, au retour d'une de ces attaques. Mon ami le professeur Lawrie, de Glascow, vit cette malade à plusieurs reprises.

L'inflammation, constatée seulement pendant la vie, n'en a pas été moins évidente dans les autres cas.

Nous avons recueilli 18 observations dans lesquels la communication entre le conduit utéro-vaginal et l'intestin avait eu pour cause une inflammation du petit bassin; dix fois le pus et les fèces se sont fait jour dans l'utérus et huit fois dans le vagin, ce qui justifie le rapprochement que nous avons fait au point de vue étiologique entre les fistules intestino-utérines, et les fistules intestino-vaginales.

Les causes de l'inflammation sont multiples. Diverses manœuvres obstéricales paraissent aussi avoir provoqué la phlegmasie du petit bassin : la version (Breitzmann, Morgan, Dahlmann), le forceps (Scharlau, Verneuil), la délivrance instrumentale, sans autre désignation (Thurnam).

La phlegmasie génito-intestinale fut spontanée dans le fait de Skinner et Ellis, consécutive à une entérite (Davey), à un abcès utérin (Ashwell), à une chute, chez une jeune fille ayant eu une péritonite peu de temps auparavant (Einbeck), à une cautérisation trop énergique (Simon). Enfin, dans les cas de Simpson, de Jennings et de Rœseler, elle fut consécutive à un accouchement.

Dans certains cas, il est probable que l'inflammation a fait adhérer ensemble la paroi de l'intestin avec celle de l'utérus ou du vagin; la double cloison s'est amincie peu à peu et a fini par se rompre.

Dans d'autres cas, une collection purulente formée entre les deux cloisons s'est fait jour des deux côtés à la fois et a livré ensuite passage aux matières fécales. C'est ce qui eut lieu dans les faits de Lambron et de Davis. La rupture utéro-vaginale laissa le fœtus s'échapper dans l'abdomen, où il provoqua une assez vive inflammation. Celle-ci se termina par suppuration et le pus se fit jour de plusieurs côtés à la fois, par la paroi abdominale, par l'intestin et par l'utérus. Dans le cas de Lambron, des vers intestinaux sortirent par le vagin; dans celui de Davis, avec le pus s'échappèrent des débris du fœtus, puis des fèces.

### OBSERVATION XII.

*Grossesse à terme; rupture de l'utérus et passage de l'enfant dans la cavité abdominale; gastrotomie; abcès intra-péritonéal; fistules intestino-cutanées et intestino-utérine; guérison* (observation de Lambron, communiquée à Baudelocque) (1).

La femme de Charles Dumont, âgée de 31 ans environ, d'une forte constitution, et à terme de son quatrième enfant, fut prise des douleurs de l'accouchement le 8 août 1775, depuis le matin jusqu'à huit heures du soir. A ce moment se manifestèrent les signes d'une rupture de l'utérus avec passage de l'enfant dans la cavité abdominale. L'accident fut constaté par Lambron, professeur et démonstrateur aux écoles de chirurgie d'Orléans, et par Théveneau, chirurgien de la même ville, qui pratiquèrent la gastrotomie pour extraire l'enfant de l'abdomen, dix-huit heures après la rupture de l'utérus. Rien de remarquable jusqu'au quatrième jour.

Alors les lochies commencèrent à paraître; elles étaient noirâtres et sans odeur désagréable : la malade n'ayant pas été à la garde-robe, on lui administra un lavement qui produisit l'effet qu'on en attendait. Le cinquième jour, la tuméfaction et la sensibilité du ventre déterminèrent à couper les points de suture; on ne mit sur la plaie, qui était alors très sèche, que de la charpie, des compresses et une flanelle trempée dans une décoction émolliente. On observa le sixième jour que l'appareil était chargé d'une grande quantité de pus sanieux et fétide; que les bords de la plaie des téguments étaient écartés de trois travers de doigts, et que le tissu cellulaire des environs était comme gangrené, tandis que les parties charnues paraissaient bien réunies, ce qui fit substituer à la décoction émolliente celle de persicaire dans du vin blanc, qu'on anima d'un peu d'esprit de vie camphré; on continua cette dernière jusqu'au douzième jour de l'opération, époque à laquelle la plaie parut belle et vermeille. On fit des injections par le vagin avec les mêmes décoctions parce que les lochies étaient putrides et de mauvaise odeur.

Depuis le 24 août, douzième jour des couches, jusqu'au 27 du

---

(1) Deneux. *Essai sur la rupture de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement*, thèse de Paris, an XII (1804), n° 278, p. 66.

même mois, la plaie paraissant se cicatriser complètement, elle ne fut pansée qu'avec de la charpie sèche. Les lochies coulèrent plus abondamment et acquirent une meilleure qualité ; le ventre se détendit et cessa d'être douloureux ; le sommeil et l'appétit revinrent ; la malade enfin semblait toucher au terme de sa guérison. Mais, dès le 28, ces heureuses dispositions disparurent et de nouveunx accidents s'annoncèrent avec plus de danger que les premiers ; de vives douleurs se firent sentir dans toute la région hypogastrique. Le 29, on y découvrit une tumeur de la grosseur du poing, qui s'ouvrit spontanément quatre jours après, et qui rendit abondamment un pus sanguinolent et de très mauvaise odeur. Une eschare gangreneuse parut au même endroit ; sa chute y laissa un ulcère qui fut pansé avec la charpie sèche, et cicatrisé complètement dans l'espace de quinze jours.

Pendant le traitement de cet ulcère, la malade rendit plusieurs vers par la bouche et le fondement, il en sortit également 18 du foyer de l'abcès et 3 par le vagin, c'était des strongles bien vivants, et ayant depuis quatre jusqu'à six pouces (seize cent. environ), de longueur. M. Lambron, qui avait cru d'abord que le foyer de l'abcès n'était que dans le tissu cellulaire, voyant tant de vers sortis par des voies si différentes, ne douta plus qu'il ne communiquât, non seulement avec la matrice, dont la plaie, suivant les apparences, ne se trouvait pas parfaitement consolidée, mais aussi avec le canal intestinal. Malgré cet accident, la femme se rétablit au point qu'elle put se livrer aux travaux de la campagne au bout de six semaines, à compter du jour de l'opération.

Cette femme devint enceinte de nouveau et accoucha le 30 décembre 1779. La matrice se rompit encore, et Lambron pratiqua une seconde fois la gastrotomie. Il constata des adhérences entre les anses intestinales et l'ancienne cicatrice, mais ne put trouver la trace de la première rupture utérine. La malade guérit sans accident, redevint enceinte et accoucha le 31 août 1781 d'un enfant bien portant, mais très petit.

### Observation XIII.

*Rupture de l'utérus ; passage du fœtus dans l'abdomen ; évacuation du squelette par l'ombilic et le vagin ; fistule iléo-utérine ; mort.* (David D. Davis, *The principles and pract. of obst. med.*, vol. II, p. 1072.)

Le cas suivant, très abrégé, de rupture de l'utérus, a été commu-

niqué à l'auteur par son ami le docteur Windsor, de Manchester ; on l'a rapporté pour montrer combien sont grandes les forces de la nature pour réparer les accidents les plus graves auxquels elle est exposée dans l'accomplissement de ses fonctions.

La malade avait été atteinte antérieurement d'hydatides utérines. Son dernier accouchement commença normalement, mais les eaux furent évacuées avant que l'orifice utérin se fut dilaté au delà d'une pièce d'une demi-couronne ; et, après avoir continué quelques heures avec une intensité progressive, toutes les douleurs de l'enfantement cessèrent brusquement. Néanmoins il ne s'ensuivit aucun phénomène alarmant. Au bout de six semaines, on trouva près de l'ombilic les signes d'un abcès, qui au bout d'une quinzaine donna issue à un morceau d'os. Dans le cours des deux mois suivants il sortit beaucoup d'os du tronc et des extrémités, mêlés à des parties dures et non digérées des aliments pris par la malade ; en même temps les os du crâne s'échappèrent par le vagin. Jusqu'à cette époque, l'état général de la malade n'avait pas beaucoup souffert ; mais alors les substances alimentaires ne sortirent plus par la plaie, la diarrhée survint, et la mort eut lieu au bout de quelques jours.

A l'autopsie, les intestins grêles furent trouvés adhérents solidement à l'utérus et communiquant avec sa cavité par quatre orifices. Les fragments du fœtus non évacués étaient renfermés dans la cavité utérine avec des excréments.

Voici donc deux cas dans lesquels la double fistule a eu pour cause une inflammation déterminée par le passage d'un fœtus dans l'abdomen. Les os se sont éliminés dans un cas par l'intestin et par l'utérus et le vagin, et à leur tour les matières fécales ont pris cette voie.

Dans le cas suivant, il est probable que l'intestin ne s'est pas engagé dans l'utérus après l'accouchement, mais plus tard, après l'ouverture du phlegmon du petit bassin dans l'utérus. L'explication que Demarquay avait imaginée pour son fait conviendrait très bien à celui-ci (voir plus haut). On ne comprendrait guère, en effet, qu'une anse intestinale fût restée étranglée pendant sept semaines. Nous aurions donc ici une combinaison des variétés par étranglement et par inflammation.

OBSERVATION XIV.

*Rupture de l'utérus pendant l'accouchement; hernie intestinale étranglée par la rupture; anus intestino-utérin; guérison spontanée.* (Rœseler, *Berl. klin. Wochens.*, 1879, n° 29. p. 440.)

Il s'agit d'une rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement chez une primipare, sans la moindre cause prédisposante appréciable. Le cas est unique dans son genre, car une anse intestinale (S iliaque) s'est engagée à travers la solution de continuité et s'y est étranglée ; elle y a contracté des adhérences et la guérison de l'anus s'est opérée spontanément.

Le professeur Rœseler ne vit la malade que trois semaines après l'accouchement. A ce moment un phlegmon assez étendu du bassin masquait l'altération utéro-intestinale. C'est seulement à la septième semaine qu'on a pu constater dans l'utérus une anse intestinale ayant 20 centimètres de longueur. Après la résection de cette portion d'intestin, les douleurs déterminées par les mouvements péristaltiques, les coliques utérines et les douleurs sympathiques disparurent.

L'anus contre nature de l'utérus guérit spontanément, mais il se forma un phlegmon de la cloison recto-vaginale qui s'abcéda et donna naissance à une fistule recto-vaginale, qui finit par guérir. Mais les produits inflammatoires ne se sont pas complètement résorbés.

Il s'est déjà écoulé cinq mois depuis la résection.

Dans le cas de Radfort (obs. XXXIII), où ce chirurgien ouvrit lui-même la tumeur, la fistule intestino-vaginale ne s'était faite que par l'intermédiaire d'un abcès. Nous voyons même la fistule en voie de formation par ce mécanisme dans une observation recueillie à la clinique de M. Depaul.

A l'autopsie d'une femme morte dans ce service de péritonite provoquée par des manœuvres obstétricales, on trouva sur les anses intestinales voisines de l'utérus de véritables eschares noirâtres, et du même côté, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, une perforation de la grandeur d'une pièce de

5 francs (1). Autour, des adhérences entre le péritoine et les organes voisins.

Cette observation jette une vive lumière sur la pathogénie des fistules intestino-vaginales de cause inflammatoire, lorsqu'elles ne se produisent pas immédiatement après l'accouchement. Dans ce cas, il s'était écoulé quinze jours entre les manœuvres obstétricales et la mort, et cependant la fistule n'était pas encore constituée. Mais lorsque les eschares constatées sur l'intestin seraient tombées, les matières fécales se seraient déversées dans le foyer limité par les adhérences déjà formées, puis se seraient écoulées au dehors par la perforation vaginale.

TROISIÈME CAUSE. — *Ouverture d'un kyste fœtal dans le vagin, avec ouverture de l'intestin dans le kyste fœtal; formation d'une fistule intestino-kysto-vaginale.*

Nous possédons deux cas de ce genre consécutifs à une grossesse extra-utérine siégeant dans la cavité de Douglas. Dans le premier (Colman), l'ouverture du kyste dans le vagin se fit après inflammation spontanée, quelques mois après le terme normal de la grossesse. La communication entre l'intestin et la cavité du kyste se fit au 5e jour. Dans le second cas (Müller), le kyste resta indifférent pendant 3 ans après le terme normal de la grossesse; alors, à la suite d'une nouvelle grossesse intra-utérine suivie d'avortement provoqué au 4e mois, le kyste s'enflamma; on l'ouvrit par le cul-de-sac postérieur du vagin et on en retira tout le contenu; deux jours après, les matières fécales sortirent par cette voie.

OBSERVATION XV.

*Grossesse extra-utérine; issue du fœtus par le vagin; perforation de l'intestin; fistule intestino-vaginale.*

Une dame qui comptait accoucher le 25 décembre 1798 fit venir une sage-femme qui ne put faire l'accouchement; elle essaya pro-

(1) Martel. *Archives de tocologie*, 1877, p. 45.

bablement de rompre les membranes, provoqua une hémorrhagie et s'en tint là. M. Colman, appelé quelques jours après, sentit la tête du fœtus en arrière et en bas du vagin, le col utérin très haut derrière le pubis; le fœtus ne remuait plus depuis Noël, époque à laquelle il était à terme. Colman crut à une grossesse extra-utérine, le fœtus étant situé entre l'utérus et le rectum. La malade fut prise alors de diarrhée et le 3 mai elle était pâle, affaiblie, la diarrhée continue; pendant la nuit, elle avait rendu une quantité considérable d'eau fétide, sanguinolente. Par le toucher, Colman sentit un orifice tout différent du col utérin et le doigt arriva immédiatement sur la tête de l'enfant. Il s'efforça de dilater cet orifice en pressant dessus, et se retira.

Les jours suivants, on retira l'une après l'autre toutes les parties du fœtus putréfié. Le 5e jour, alors que tout était sorti, l'état de la malade était très grave, l'écoulement abondant et très fétide. L'orifice du vagin, par lequel le fœtus avait été retiré, s'étendait presque jusqu'au col; on put alors sentir le corps de l'utérus lui-même, le doigt pénétrant en arrière dans une vaste cavité occupée autrefois par le fœtus. Il existait certainement une communication entre l'intestin et cette cavité, car quelques fragments d'un gâteau dont la malade avait mangé la veille furent ramenés par le doigt avec des matières fécales. Ces matières revinrent tous les jours en petite quantité, bien qu'il y eût une selle naturelle chaque jour. La malade resta pendant quelque temps en grand danger; on la purgea quelquefois, une partie des excréments passait par l'orifice du vagin et une autre par le rectum; on lui donna des toniques, des astringents, des opiacés, du vin, des aliments nourrissants.

Actuellement, 16 août 1799, elle vaque à ses occupations domestiques, les selles passent par la voie naturelle, mais elle est obligée de se garnir parce qu'il en passe encore un peu par le vagin; mais la quantité qui passe par cette dernière voie ayant beaucoup diminué depuis un mois, on espère que l'ouverture de l'intestin pourra se fermer.

Colman pense que, dans ce cas, la femme aurait pu mourir avant que le squelette du fœtus fut éliminé, parce que l'ouverture intestinale devait être située très haut, et qu'il ne pouvait y avoir d'effort naturel pour expulser les os par le vagin. (*The medical and physical Journal*, London, 1799, vol. II, p. 262.)

Nous rapporterons plus loin le fait de Müller. Nous ferons seulement remarquer ici que dans les deux cas c'est l'inflammation du kyste qui a indiqué le début des accidents. Le kyste est devenu un véritable abcès qui d'une part s'est ouvert dans le vagin, et de l'autre a fait adhérer à sa paroi l'intestin ; la double paroi kysto-intestinale enflammée n'a pas tardé à s'ulcérer et à livrer passage aux matières fécales.

Il résulte de ce qui précède que l'*anus vaginal* est le plus souvent le résultat d'un étranglement intestinal, et que la *fistule* succède surtout à une inflammation. En effet, sur 14 cas d'anus vaginal, 10 succédaient à un étranglement (1), et 4 à une phlegmasie du petit bassin, et encore pour trois d'entre eux peut-on invoquer une combinaison d'inflammation et d'étranglement (2), tandis que sur 19 cas de fistule l'étranglement n'en avait produit que 5 et l'inflammation 14. Les fistules par étranglement avaient atteint 2 fois le vagin (3), 2 fois l'utérus (4), et le 5e cas est indéterminé (Pennel). Celles d'origine inflammatoire ont été constatées 4 fois au vagin (5) et 10 fois à l'utérus (6).

Les faits de Colman et de Müller (fistule iléo-kysto-vaginale) sont nettement d'origine inflammatoire.

QUATRIÈME CAUSE. — *Ulcération de la paroi intestino-utérine ou vaginale après adhérence d'origine cancéreuse.*

« J'ai vu plusieurs fois, dit Cruveilhier, une fistule bimuqueuse cancéreuse se produire entre l'intestin grêle ou le gros intestin d'une part, et l'utérus d'autre part, de telle façon que les gaz et les matières fécales s'échappaient par le vagin. Le

(1) Mac Keever, Roux, Casamayor, Jones, Heine, Birkett, Bartels, Gussenbauer, Favera, Garmann.

(2) Wood, Jennings, Verneuil. — Inflammation simple, Simon.

(3) Kiwisch, Veit,

(4) Deneux, Dunn.

(5) Breitzmann, Radfort, Thurnam, Dahlmann.

(6) Lambron, Davis, Scharlau, Simpson, Morgan, Davey, Ashwell, Skinner, Röseler, Einbeck.

point de départ est le plus ordinairement l'utérus, et c'est par suite d'adhérences accidentelles que l'ulcération se propage à l'intestin. Le lien d'adhérence le plus habituel est le fond de l'utérus; il pourrait être aussi bien toute la hauteur de la face postérieure et toute la partie libre de la face antérieure de cet organe. (Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1852, t. II, p. 533.)

Les observations de ce genre que nous avons rassemblées confirment de tout point le passage précédent. Les malades de Hufeland, Husson, Forget et Dianoux étaient toutes atteintes de cancer du corps de l'utérus. Du côté de l'intestin, c'étaient l'S iliaque et le rectum qui étaient pris dans le cas de Dianoux, l'intestin grêle dans celui de Hufeland, l'intestin grêle et le rectum dans celui de Husson; l'intestin grêle seul dans celui de Forget.

La manière dont se forment ces lésions s'explique facilement, puisque le mécanisme est le même que dans le second cas, sauf que l'inflammation, au lieu d'être franche, est subaiguë, lente. Les bourgeons cancéreux partis de l'utérus, en contact incessant avec les anses de l'intestin grêle siégeant dans la cavité de Douglas, y déterminent un travail irritatif qui peu à peu provoque la formation de fausses membranes; bourgeons cancéreux et fausses membranes se réunissent, se soudent, les éléments cancéreux s'infiltrent dans les tuniques intestinales, et lorsque la période d'ulcération arrive, une perte de substance se forme entre l'intestin et l'utérus ou le vagin, et les matières fécales s'échappent par cette voie.

On doit s'étonner, en face de l'extrême fréquence des cancers de l'utérus, de trouver un si petit nombre de fistules utéro-intestinales. Les cancers du col gagnent fréquemment la cavité de Douglas, et cependant nous n'avons trouvé aucun cas de fistule iléo-vaginale ayant cette origine, sauf peut-être celui de Hufeland, dont les détails sont trop peu précis pour que l'on puisse se prononcer sur le point de départ exact du cancer.

Dans les cas de Forget et de Dianoux, on surprend en quel-

que sorte le mode de formation des fistules, comme dans le cas rapporté plus haut par Martel.

OBSERVATION XVI.

*Cancer du corps de l'utérus, sans altération du col, méconnu pendant la vie; fistule intestino-utérine.* (Forget, *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 641.)

Une femme de 46 ans, décrépite, entre à la clinique le 31 mai 1843. On ne peut en tirer que des renseignements très vagues; elle dit avoir souffert pendant tout l'hiver de douleurs abdominales vives avec alternatives de diarrhée et de constipation.

Etat actuel. — Maigreur extrême, facies d'un jaune terreux, prostration. Abdomen élevé, tendu, résonnant à la percussion, sans tumeur profonde appréciable. Diarrhée, point de fièvre; les adoucissants et l'opium calment la diarrhée, mais le ventre demeure ballonné et sensible. Nous diagnostiquons une entéro-péritonite chronique. Après quelques alternatives, la malade succombe dans le marasme dix jours après son entrée.

*Nécropsie.* — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le paquet intestinal météorisé. En cherchant à pénétrer dans le petit bassin, on le trouve obstrué par des adhérences du péritoine, lequel est épaissi et tapissé de fausses membranes. En détruisant les adhérences, on tombe dans un clapier rempli d'un détritus purulent de matières grisâtres, putrilagineuses, au milieu desquelles on cherche en vain le corps de la matrice. En touchant par le vagin, on trouve le col de l'utérus non altéré. En pénétrant de force par le museau de tanche, on arrive dans le foyer pelvien, et l'on constate ainsi que l'utérus est détruit jusqu'au voisinage de ses attaches au vagin. Une portion de l'intestin grêle en contact avec le magma cancéreux est dégénérée et perforée. Les autres organes sont à l'état normal.

Voilà donc un cancer bien isolé du corps de l'utérus qui ne pouvait être soupçonné pendant la vie, vu l'intégrité du col et la péritonite concomitante. Ce n'est point une simple adhérence de l'intestin qui existe ici, mais bien une péritonite suppurée, et, de plus, une perforation intestinale.

Encore quelques jours, et il est probable que le pus et les matières fécales se seraient écoulés par le vagin, et à la longue la destruction des parties par le cancer aurait proba-

[illegible] à [illegible] qui sont re-
[illegible] XXVII
[illegible] comparable au précédent,
[illegible] l'intestin grêle.

## OBSERVATION XVII.

[illegible] *fistuleuse de la cavité utérine* [illegible] Bull. Soc. anat., 1875, p. 71.)

[illegible] entrée le 9 octobre à l'hôpital [illegible] service de M. Dolbeau.

[illegible] et de douleur dans l'abdo- [illegible] souvent répétées, et, dans les in- [illegible] fétide; sa santé générale était [illegible] amaigrissement, la décoloration [illegible] phénomènes morbides du côté de [illegible] d'un cancer de cet organe. Le [illegible] abord contredire cette sup- [illegible] sain, de volume normal; [illegible] notablement augmenté de [illegible] position vicieuse par des ad- [illegible] antérieure en rapport avec les [illegible] la malade. Le diagnostic [illegible] et pelvi-péritonite de cause [illegible]

[illegible] symptômes morbides allèrent en s'ag- [illegible] survint; l'écoulement sanieux par [illegible] s'établit, et l'aspect de la malade de- [illegible] l'affection cancéreuse à sa période ultime. [illegible] confirma son diagnostic du début, et lorsque [illegible] le 1er janvier, il nous présenta cette malade [illegible] d'un cancer du corps de l'utérus avec intégrité du [illegible]

[illegible] le 6 janvier. L'autopsie montra qu'il s'agissait [illegible] d'un cancer du corps de l'utérus, mais elle révéla en [illegible] singulière et qui n'avait pu être soupçonnée du [illegible]

[illegible] plus que triplé de volume, était fixé, par des

fausses menbranes anciennes, à la partie supérieure de l'S iliaque du côlon et à la partie moyenne du rectum.

Les parois de l'utérus étaient, sauf dans la moitié droite, plutôt amincies qu'hypertrophiées ; l'angle supérieur gauche du corps utérin vers l'insertion de la trompe adhérait solidement à la partie initiale de l'S iliaque ; en ce point il existait une perforation semblable de l'intestin ; d'autre part, un peu au-dessous de cette première perforation, également du côté gauche, il en existait une seconde faisant communiquer la cavité utérine, au moyen d'un court canal constitué par des pseudo-membranes, avec l'intérieur du rectum vers sa partie moyenne; là se trouvait une perte de substance laissant passer facilement le doigt médius. La cavité utérine formait ainsi une annexe de l'intestin, un canal de dérivation pour les matières fécales.

Chose remarquable, le col était parfaitement sain ; la cavité cervicale ne contenait aucune parcelle des excréments qui remplissaient le corps, et dont, au reste, on n'avait jamais constaté l'issue par le vagin.

Nous avons admis un cinquième ordre de causes des fistules iléo-vaginales, basé sur le fait de Henricus ab Heer, dans lequel on coupa, en même temps qu'un utérus prolapsé, une anse intestinale qui y était contenue. Dans ce cas l'anus anormal n'a pas eu le temps de se constituer complètement, puisque la malade est morte sur le champ, mais les conditions pathogéniques se trouvaient réalisées : ouverture d'une anse intestinale et du vagin. Il ne manquait que l'adhérence des tronçons de l'intestin au pourtour de la plaie utérine.

Bien que nous n'ayons pas trouvé d'autre fait de ce genre, il est bien probable que celui que nous avons rapporté n'est pas unique. Il est à supposer, en effet, que depuis l'invention de la ligature extemporanée et de l'écraseur linéaire, on a dû un certain nombre de fois, dans des ablations d'utérus prolapsés ou cancéreux, intéresser en même temps une anse intestinale, ou bien ouvrir les culs-de-sac vaginaux et faciliter l'entrée de l'intestin dans le vagin. M. Verneuil a cité souvent dans ses cliniques deux cas de ce genre. Il s'agissait de cancers du col de l'utérus enlevés par l'écraseur. Le cul-de-sac postérieur du vagin fut ouvert, mais il ne s'y engagea pas d'anse

la première partie que dans un cas la malade mourut de péritonite suraiguë, et que dans l'autre M. Verneuil s'aperçut à temps de l'accident et réunit la communication accidentelle par les points de suture. Nous ne pouvons croire que ce chirurgien, dont la prudence et l'habileté opératoires sont incontestables, soit le seul à qui pareille mésaventure soit arrivée.

(*A suivre.*)

---

# REVUE DE LA PRESSE

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE GÉMELLAIRE INTRA ET EXTRA-UTÉRINE COMBINÉE

*avec les détails de vingt-quatre observations* (1).

Par B. Browne.

*Traduit de l'anglais par le* Dr Paul Rodet.

Ce sujet a, en général, très peu attiré l'attention des médecins. Cela est si vrai, que presque tous ceux qui en ont rapporté une observation disent qu'ils n'ont jamais entendu parler de cas de cette nature.

Les traités de gynécologie ou d'obstétrique n'en font même pas mention pour la plupart. Cazeaux, Moreau, Jacquemin, Chailly, Joulin, Busch, Spaeth, Spiegelberg, Scanzoni, Schroeder, Bedford, Leisman, Playfair, Thomas, Emmet, n'en parlent pas dans leurs ouvrages. Les seuls qui y fassent allusion sont Braun, dans son *Gebursthülfe*, Barnes, dans son *Traité des maladies des femmes*, Hodge, dans son *Traité d'obstétrique*, qui cite le cas de Craghead.

Mon attention a été appelée sur ce sujet par un cas de cette nature qui a été rencontré à Baltimore par le Dr Wilson, et qui

---

(1) *Gynæcological transactions*, vol. VI, 1882.

est rapporté plus loin, et à l'opération duquel ce médecin a eu l'amabilité de me faire assister. Je résolus alors de rechercher ce qui avait été écrit sur ce sujet et de réunir tout ce que je pourrais trouver. Les observations que j'ai rassemblées ont été, comme on peut le voir, publiées dans différents journaux de médecine.

La première observation est celle de Duverney, en 1708, et la dernière celle de Galabin, en 1880.

Barnes est le seul qui ait risqué une hypothèse relative à la pathogénie de ces cas. Il dit que deux ovules se trouvant au niveau de l'orifice de la trompe peuvent se gêner mutuellement pour y pénétrer; l'un peut être repoussé en arrière et tomber dans la cavité abdominale ou rester dans la trompe et s'y développer.

D'après Parry, la grossesse gémellaire se rencontre une fois sur 23 grossesses extra-utérines. Si ces chiffres étaient exacts, ils montreraient que la grossesse gémellaire est quatre fois plus fréquente dans les grossesses extra-utérines que dans les gestations normales, car Churchill donne comme moyenne des grossesses gémellaires intra-utérines une sur 90, en Angleterre, en France et en Allemagne.

Relativement à la conduite à tenir dans les cas qui sont arrivés à terme, on verra, d'après la table ci-jointe, qu'aucune femme n'a guéri quand on a eu recours à l'opération primitive. Le volume et la surface d'insertion très étendue du placenta laissé *in situ* amènent presque inévitablement une hémorrhagie secondaire fatale ou la septicémie. Dans le cas de Wilson, le placenta était encore très adhérent à l'autopsie, et l'on ne voyait aucun point qui ait été quelque peu détaché.

Comme dans tous les cas où sa situation a été indiquée, le placenta était inséré presque exclusivement à l'utérus et à la trompe, l'enlèvement complet des organes, comme dans l'opération de Porro, semblerait indiqué comme faisant courir moins de risques à la mère.

CAS I (Dr *Duverney*, Paris). — Mme B..., âgée de 21 ans, mariée

depuis dix mois, fut prise, au troisième mois de sa grossesse, en 1708, des symptômes prémonitoires de l'avortement, et expulsa un fœtus de l'utérus. Immédiatement après, elle ressentit une violente douleur suivie bientôt de collapsus et de la mort. A l'autopsie, on trouva un fœtus de 3 mois dans la cavité abdominale.

Cas II (Dr *Williams D. Buck*). — *Grossesse tubaire, second œuf trouvé dans la cavité utérine.*

Mme B..., âgée de 25 ans, mariée, fut prise tout d'un coup de violentes douleurs, le 17 août 1856, et mourut au bout de sept heures dans un état de collapsus. Avant de mourir, elle avoua qu'elle avait pris un médicament abortif.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale environ trois à quatre litres de sang en partie coagulé.

L'utérus était deux fois aussi gros que d'habitude, et renfermait un œuf de 0,75 de long dans sa cavité. La trompe droite était très distendue tout d'un coup vers son extrémité ovarienne. Dans la tumeur on trouva un œuf à un état de développement moins avancé que l'autre.

L'ovaire droit possédait deux corps jaunes très distincts.



Cas III (Dr *William G. [illegible]*). — N. G..., âgée de [illegible]5 ans, robuste, avait toujours joui d'une santé excellente. Elle avait eu un enfant très jeune, ne se maria qu'à 30 ans, et peu après donna le jour à un second enfant. Elle devint veuve et y resta jusqu'à Noël. Ayant eu ses règles dans les premiers jours de janvier 1849, pour la dernière fois, elle se crut enceinte. Vers le 1er avril, elle accusa des douleurs comparables à des coliques, et on découvrit une tumeur dans la région iliaque gauche, dont la pression déterminait des souffrances très vives. Jusqu'au 18, elle eut de temps en temps des accès de douleurs, et, à cette date, elle tomba dans un état de collapsus, avec refroidissement des extrémités, le pouls à peine sensible, et accusant une sensation de gêne extrême dans la partie inférieure de l'abdomen, qui était tellement distendue qu'on ne pouvait délimiter l'utérus.

Le 19 au soir, les douleurs du travail s'annoncèrent, et, au bout de peu de temps, elle avorta sans que la distension abdominale ait diminué.

Le fœtus était bien formé et paraissait à un peu plus de trois mois de son développement.

Le 21 au soir, elle mourut presque subitement après avoir présenté les symptômes réunis de l'hémorrhagie interne et de l'obstruction intestinale.

Le 22, on fit l'autopsie. On trouva toute la cavité abdominale remplie en avant de sang coagulé, en arrière de sérum, provenant de la rupture des vaisseaux de la trompe gauche, énormément dilatée et convertie en un sac membraneux contenant un fœtus aussi volumineux que celui qui avait été expulsé par les voies naturelles.

On retira le sac en entier. Le fœtus extra-utérin, encore attaché par son cordon à son propre placenta, ainsi que le fœtus jumeau développé dans la cavité utérine, et l'utérus hypertrophié ont été conservés et se trouvaient dans le cabinet de feu le professeur Hodge.

Le fœtus développé dans le sac abdominal était un peu plus gros que l'autre. La cavité anormale était sans doute constituée par une dilatation de la trompe gauche, ainsi que l'a établi le Dr Neill. Ce dernier a mis à nu la trompe et l'a suivie jusqu'à son expansion infundibuliforme, et n'a rien trouvé sur les parties externes du sac qui pût être considéré comme les franges de la trompe. La distance comprise entre l'utérus et l'extrémité utérine du sac mesurait 0,037. La cavité tubaire avait 0,13 de long, 0,075 de large, bien qu'elle ait dû se rétracter beaucoup par suite de son séjour dans l'alcool. L'ovaire pouvait se détacher facilement de la face externe du sac, et l'on y reconnaissait bien sa structure fibreuse. L'utérus mesurait 0,15 de long, et 0,075 dans sa plus grande largeur, et contenait une masse noirâtre qui était probablement le placenta. La trompe droite ne présentait pas son apparence normale ; elle était très dilatée sur toute sa longueur, ses parois étaient très ramollies et ne paraissaient pas fibreuses comme à l'ordinaire.

Cas IV (Dr *Abraham Sager*). — On n'a que des renseignements très vagues sur l'histoire de ce cas avant que la mort ne soit survenue. A l'autopsie, qui fut faite peu de temps après la mort, on trouva l'utérus hypertrophié comme au bout de quelques mois de grossesse. Sa longueur était de 0,012, son épaisseur de 0,051. Dans sa cavité on constata la présence d'un œuf fixé par des villosités placentaires à la paroi postérieure au-dessus de son centre, et revêtu d'une caduque réfléchie très distincte. Le fœtus avait près de 0,05 de

[illegible] La trompe droite, longue de 0,10, était normale, à l'exception seulement de son pavillon, qui présentait une anomalie importante à noter. Une de ses franges adhérait au bord opposé par une bride, de sorte qu'au moment de l'ovulation le pavillon se trouvait dans l'impossibilité de saisir l'ovule. La trompe gauche avait 0,15 de long; à environ 0,025 de l'infundibulum, existait une tumeur ovoïde de près de 0,04 de long et de 0,037 de large; elle était très dure et sillonnée de deux ou trois lignes.

En y faisant une section longitudinale, on découvrit un œuf avec des villosités choriales à sa surface et contenant un fœtus d'environ 0,037 de long, attaché par son cordon à la face supérieure de la trompe. L'ovaire droit possédait deux corps jaunes récents près de son extrémité utérine. Comme nous l'avons dit plus haut, la trompe droite se trouvait être imperméable par suite de l'existence d'une bride.

Cas V (Dr *Tufnell*). — Conception gémellaire provenant du même ovaire; descente normale d'un fœtus dans l'utérus, arrêt de l'autre dans la trompe, suivi d'hémorrhagie et de mort en vingt-quatre heures.

186[illegible], 6 juillet. Mme K.., mariée deux fois, mère d'un enfant de 7 ans, fut prise tout d'un coup, le soir, de violentes douleurs; le pouls s'affaiblit; elle devint pâle, anxieuse, tomba dans le collapsus et mourut le lendemain.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale 3 litres et demi de sang, dans lequel nageait un petit fœtus; la trompe droite s'était rompue et avait donné issue au kyste fœtal; l'utérus était gros comme au troisième mois de la grossesse, et renfermait un fœtus mâle bien développé.

La trompe droite était très dilatée et mesurait en un point 0,037 de diamètre. L'ovaire droit présentait un volume double de l'ordinaire, et contenait des corps jaunes récents; au côté externe de la trompe était inséré un petit placenta.

Cas VI (Dr *Tetle's*. — Mme B..., enceinte de trois mois, fut prise, en juillet 1865, de violentes douleurs dans l'abdomen et mourut dans le collapsus au bout de quelques heures.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale près de quatre litres de sang. La trompe droite était déchirée, mais l'œuf y était

encore contenu ; la cavité utérine renfermait un second fœtus de $0^m,075$ de long.

On constata la présence de deux corps jaunes dans l'ovaire droit.

CAS VII (Dr *Sinks*). — Mme S..., âgée de 23 ans, devint enceinte en août 1870. Au mois de décembre suivant, elle expulsa par le rectum des os de fœtus.

En janvier 1871, elle donna naissance à un fœtus intra-utérin de six mois.

CAS VIII (Dr *James Mac Gee*). — Mme R..., âgée de 28 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'en juillet 1872, époque à laquelle elle se crut enceinte ; aménorrhée, malaise et vomissements le matin, en un mot, elle éprouvait tous les troubles sympathiques du début de la grossessse. Cela dura ainsi sans changement jusqu'au 11 octobre.

A *cette* époque, elle éprouve de violentes douleurs dans la région hypogastrique et dans les flancs, présentant quelques rémissions et ressemblant beaucoup aux douleurs du début du travail, avec un sentiment de pesanteur dans tout le bassin et impossibilité de rester dans le décubitus horizontal.

Par le toucher vaginal, on sentait distinctement l'utérus à la partie postéro-inférieure du bassin, le fond se trouvait abaissé au-dessous de l'angle sacro-vertébral, la face postérieure comprimait la paroi antérieure du rectum, causant ainsi du ténesme rectal.

Par suite du poids et de la résistance de l'utérus au toucher, on conclut qu'il contenait un fœtus de trois mois et demi.

En appliquant la main sur la région hypogastrique, on sentait une tumeur d'une dureté inaccoutumée s'étendant du pubis à l'ombilic.

Les 20 et 21 octobre, elle expulsa par le rectum des os de fœtus, et, le 28, les douleurs du travail apparurent suivies de l'expulsion par l'utérus d'un fœtus de quatre mois. A partir de ce moment, la santé revint, et la malade recouvra ses forces.

CAS IX (Dr *John Hodgen*). — Mme N..., âgée de 27 ans, bien portante, réglée régulièrement jusqu'au mois de novembre 1872, eut, dans les premiers jours de janvier 1873, une attaque violente de douleurs avec péritonite. Peu après, le fœtus intra-utérin cessa de grossir et même diminua de volume en prenant une forme irrégulière.

Le 17 août 1873, elle donna naissance, après huit heures de travail,

à un fœtus intra-utérin bien portant. La main, introduite dans l'utérus, percevait à gauche la tumeur réduite d'environ un quart de son volume primitif.

En avril 1874, la tumeur, qui n'était plus que de la grosseur d'une orange, était encore le siège de douleurs et de sensibilité.

Le Dr Hodgen pensa qu'il avait eu affaire à une grossesse tubaire, dont le kyste se rompit au cinquième mois, déterminant la mort du fœtus, une hémorrhagie abondante et une péritonite partielle, qui céda graduellement.

**Cas X (Dr *Gordon*). — Le 20 juillet 1847, une négresse, enceinte de six mois, fut prise des douleurs du travail ; un fœtus extra-utérin fut expulsé et tomba dans le cul-de-sac postérieur, où il obstruait l'utérus. On le retira par le vagin et deux jours après les douleurs du travail reparaissaient et aboutissaient, au bout de deux heures, à l'expulsion d'un enfant intra-utérin. La femme se rétablit complètement.**

**Dans ce cas-là, on abandonna le placenta et l'on fit le drainage vaginal.**

Cas XI (Dr *Galabin*). — La malade, âgée de 36 ans, s'était mariée au printemps de 1878. Dans l'été de cette même année, elle fit une fausse couche, et en avril 1879, elle mit au monde un enfant à terme, après une application de forceps. Elle s'attendait à accoucher pour la seconde fois au mois de septembre 1880.

Pendant le quatrième et le cinquième mois de la grossesse, elle éprouva de violentes douleurs dans le côté droit de l'abdomen.

On découvrit alors deux tumeurs. Celle de gauche était évidemment l'utérus en état de gestation, et l'on y constatait la présence d'un fœtus vivant. L'auscultation ne faisant rien percevoir sur la tumeur du côté droit, on en conclut à l'existence d'une tumeur ovarienne compliquant la grossesse.

Le 16 juin, des symptômes de rupture se manifestèrent tout d'un coup, suivis promptement de ceux d'une péritonite ; en même temps on constatait que la tumeur droite ne pouvait plus être délimitée.

Le 20, l'état de la malade étant très grave, et le diagnostic de rupture d'un kyste ovarien étant admis, on fit une opération exploratrice. On trouva dans la cavité abdominale une grande quantité de sang et

de caillots et un fœtus contenu seulement dans ses membranes peu épaisses.

Le placenta était inséré à la face postérieure de l'utérus et du ligament large droit ; on le laissa en place et on fixa un tube à drainage dans la plaie. L'opération fut faite sous le spray phéniqué.

Pendant les deux premiers jours, la malade parut bien aller, et la température ne dépassa pas 37°,5.

Le 22 au soir, le travail se déclara et la femme mit au monde un enfant mort-né qui se présentait par les fesses.

Bien qu'il n'y eût qu'une faible hémorrhagie par le vagin, il s'écoula beaucoup de sang par le tube à drainage.

Le 23, la température était normale, mais l'hémorrhagie se renouvela par le tube à drainage et la femme mourut le lendemain. Les deux fœtus paraissaient arrivés au sixième mois de leur développement: l'extra-utérin ne pesait que 1 livre et demie, l'intra-utérin, 2 livres trois quarts.

Dans ce cas, l'hémorrhagie secondaire était due à la rétraction de l'utérus qui détermina le décollement du placenta extra-utérin.

CAS XII (Dr *Frank Argless*). — Mme S..., en septembre 1870, éprouvait des nausées continuelles, les règles étaient irrégulières, survenant pendant deux jours et s'arrêtant ensuite pendant une semaine pour reparaître de nouveau. Cela continua ainsi jusqu'à la fin de septembre, époque où alors elles s'arrêtèrent.

En janvier on diagnostiqua un état de grossesse par le palper abdominal. Jusqu'en avril 1870, elle semblait marcher régulièrement, quand elle crut sentir que l'enfant était mort.

Trois jours après, elle expulsait de l'utérus un œuf d'environ deux mois.

Cependant le palper permettait encore de constater la présence de l'enfant mort; le toucher vaginal ne faisait rien découvrir, sinon une légère dilatation du col. A droite, en dehors de l'orifice, on distinguait nettement un fœtus.

L'abdomen augmenta de volume jusqu'à la fin de juin, où alors il paraissait très distendu.

Le 9 juillet, elle eut des nausées, vomit un liquide verdâtre et accusa de violentes douleurs, comme si quelque chose s'était rompu. Elle s'affaissa rapidement et mourut.

A l'autopsie faite trois jours après, on trouva dans la cavité abdo-

minale un enfant mâle, couché obliquement de droite à gauche, sa tête était située en haut, l'occiput répondant au foie, les bras étaient fléchis sous le menton, le dos tourné en avant et les jambes dirigées en haut. Les cuisses de l'enfant pesaient sur l'utérus de haut en bas et d'avant en arrière ; la vessie était repoussée en avant ; les intestins étaient refoulés à droite, agglutinés, formant un kyste autour du fœtus. Le foie adhérait à la paroi abdominale, et à sa face inférieure on trouvait des plaques de cheveux qui y étaient adhérentes.

L'ovaire gauche était entier, mais très volumineux. Il n'y avait aucune trace de l'ovaire droit, bien que la trompe de ce côté fût très dilatée au point d'admettre deux doigts. On en conclut qu'il y avait eu une grossesse tubo-ovarienne droite, qui s'était développée primitivement dans l'ovaire et l'extrémité de la trompe. La décomposition était si avancée, qu'en retirant l'enfant, on ne put découvrir l'insertion du placenta. Le fœtus était gros et paraissait âgé de sept mois. En examinant l'utérus on le trouva un peu gros et très adhérent aux organes voisins.

Cas XIII (Mme *Lachapelle*). — Dans une lettre au Dr Dubois, l'auteur décrit un cas qu'elle a rencontré dans sa pratique.

En janvier 1881, une femme enceinte de six mois fut amenée à l'hôpital. Le 26 février, le travail se déclara et un enfant mort fut expulsé ; la femme s'affaissa graduellement et mourut au bout de quatre jours.

Le 2 mars, à l'autopsie, on trouva un fœtus, en posture assise ; le placenta était inséré à la partie antéro-inférieure du kyste.

Cas XIV (Dr *Edward Whinnery*). — Mme T... gardait le lit et se plaignait d'une grande faiblesse. Elle portait une tumeur abdominale qui s'étendait de l'épine iliaque antérieure droite à l'ombilic et dépassait la ligne blanche, de sorte qu'elle remplissait les trois quarts de l'abdomen.

Il y avait beaucoup de sensibilité à la pression et des douleurs intermittentes comme dans la parturition. Elle raconta ce qui suit : les règles s'étaient supprimées, immédiatement après la puberté, ce qui lui avait causé beaucoup de gêne et de douleur.

A 20 ans, elle se maria et au bout d'un an donna naissance à un enfant, et dix-huit mois après elle en avait un second. Pendant cette

seconde grossesse, elle remarqua la présence d'une tumeur dans le côté droit de l'abdomen, et y sentit des mouvements.

Un mois après, elle fut prise de douleurs violentes qui durèrent une semaine, puis cessèrent.

La santé ne s'altéra pas, bien qu'elle sentît encore des mouvements dans la tumeur. Elle devint enceinte de nouveau et donna le jour à un troisième enfant. Après cela elle constata encore la présence de la tumeur et remarqua qu'elle avait augmenté de volume depuis son dernier accouchement. Elle éprouva alors toutes les trois semaines une recrudescence de douleurs, accompagnée d'une faible hémorrhagie ; la tumeur était toujours le siège de mouvements. Cet état dura encore dix-huit mois, puis tout mouvement cessa après un violent accès de douleurs, et elle crut connaître le moment où la mort était survenue.

La tumeur ne présenta plus la sensation qu'elle donnait habituellement ; elle était flasque et comme morte, suivant l'expression de la malade.

Le 4 juin, on fit une incision sur la ligne blanche ; le bistouri rencontra une substance dure, rugueuse, qu'on incisa et qui donna issue à environ 3 litres de liquide noirâtre. La malade étant en état de syncope, on arrêta l'opération.

Le 15 juillet, un os apparut à l'orifice de la plaie, elle le prit, le retira et immédiatement après sortit une masse d'os, de cheveux et de substances putrides. L'écoulement diminua ensuite graduellement et cessa au bout de cinq semaines et la plaie se referma.

Au mois de décembre, la malade avait recouvré la santé, et ses règles étaient revenues.

CAS XV (Dr *Louis R. Cooke*). — *Grossesse utérine et extra-utérine se développant simultanément jusqu'au terme normal. Mort. Autopsie.* — Mme E. R..., âgée de 39 ans, était à sa quatrième grossesse. Ses couches précédentes avaient été normales. Elle accusait des coliques violentes, mais son pouls était bon ; pendant tout le temps de sa grossesse, elle s'était confinée dans son appartement.

En examinant l'abdomen, on découvre une tumeur présentant les caractères suivants : elle semblait faire saillie au-dessus d'une surface comparativement plane, située à environ moitié chemin du cartilage ensiforme et de l'ombilic ; à droite elle semblait partir d'une

ligne répondant au bord externe du rectum, le sommet arrivait au-dessus de l'ombilic,

Un examen attentif révéla l'existence incontestable d'un fœtus vivant dans la tumeur ; on pouvait sentir distinctement les membres, et le souffle placentaire était perceptible sur une large surface ; cependant les pulsations du cœur fœtal pouvaient à peine être perçues.

Par le toucher vaginal, on constatait que le vagin était allongé, ses plis avaient disparu et l'orifice du col était tellement élevé, qu'on pouvait à peine l'atteindre. M. Spencer Wells, appelé en consultation, découvrit les bruits de deux cœurs fœtaux.

Le même soir, à neuf heures, de fortes douleurs apparurent et on reconnut que l'excavation était occupée par une tumeur arrondie, dure, résistante, qui ne présentait aucune trace de fluctuation et qui était immobile. Le diamètre antéro-postérieur se trouvait réduit à un petit espace de la largeur de deux doigts. En y introduisant la phalange, on ne trouvait aucun orifice, mais le col était complètement dilaté et reposait sur le pubis et en avant de la symphyse ; on pouvait atteindre une petite portion de la surface crânienne du fœtus.

On administra le chloroforme et on parvint à repousser la tumeur ; on put alors pratiquer la version et extraire avec beaucoup de difficulté un enfant mort. Les pulsations du cordon avaient cessé pendant l'extraction ; on eut beaucoup de peine à retirer le placenta ; l'opération fut terminée au bout de trente minutes. L'utérus se contracta énergiquement.

La malade s'affaissa graduellement et mourut le lendemain.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouva un enfant bien développé, renfermé dens ses membranes non rompues.

*La face antérieure du chorion était en rapport immédiat avec le péritoine abdominal sans y adhérer ni être renfermé dans aucune enveloppe.*

Le fœtus était relié par un long cordon au placenta, qui était inséré sur toute la surface du petit bassin.

Tout cela était adhérent à la surface du péritoine par de fortes bandes, résultant d'adhérences anciennes, qu'on ne pouvait détacher avec les doigts et qu'on avait même de la peine à sectionner avec le bistouri. Le placenta, très volumineux, occupait la face interne de la trompe droite, qui s'était élargie en une capsule peu profonde pour lui donner attache.

Dans la discussion qui suivit la relation de ce cas, le Dr Cle-

veland exprima le désir de savoir si l'autopsie montra que l'état de l'abdomen était assez bon pour laisser croire qu'on aurait réussi si l'on avait pratiqué la gastrotomie peu après la naissance du premier enfant. MM. Hicks et Greenlagh ont répondu qu'ils auraient conseillé l'opération si le fœtus avait été vivant, mais non s'il était mort. M. Spencer Wells n'a pas été de l'avis de ces derniers ; pour lui, quand l'enfant est mort, la femme peut vivre longtemps sans souffrir beaucoup et il n'est pas d'avis de l'exposer à une opération dangereuse pour courir la faible chance d'avoir un enfant vivant. Dans ce cas on ne pouvait pas espérer que la séparation du placenta ait pu se faire sans mettre la malade en danger et l'on ne peut pas dire si la gastrotomie aurait abrégé ou allongé ses jours.

CAS XVI (Dr *M. J. de Rosset*). — Mme M..., âgée de 27 ans, grande, robuste, mariée depuis quatre ans, primipare, réglée à 16 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Date de la dernière menstruation, novembre 1875.

Elle éprouvait des douleurs atroces dans la région iliaque droite. A l'inspection on voyait une tumeur, dans cette région, de la grosseur d'une petite tête fœtale, qui empiétait un peu sur la ligne médiane. Le toucher fit constater le ramollissement du col, qui était peu développé. En outre des modifications des mamelles, jointes à des troubles, tels que des vomissements le matin, indiquaient un début de grossesse.

Le 28 mars apparut un léger écoulement sanguin pendant toute la journée. La tumeur continua à grossir pendant un mois, puis cessa ; à cette époque elle avait atteint les dimensions d'une grosse tête fœtale.

A la fin d'avril, on sentait dans l'utérus des mouvements fœtaux ; cet organe pouvait être très bien délimité, il occupait une position centrale. La grossesse intra-utérine était dès lors un fait bien établi, mais il restait toujours à déterminer la nature de la première tumeur.

Le 5 août, au matin, le travail commença ; le col ne se dilatait que lentement, les contractions utérines étaient faibles, il y avait une présentation du siège. A sept heures, elle accouchait d'un enfant mort, du sexe féminin, pesant sept livres, bien développé. Pendant

la troisième période du travail, les contractions utérines étaient faibles ; le placenta était inséré à la paroi latérale droite et au fond de l'utérus, exactement au point où l'utérus était en contact avec la tumeur. On eut de la peine à le détacher et à le retirer ; une hémorrhagie considérable survint à différentes reprises pendant près de quinze jours et ne pouvait être arrêtée que difficilement.

La tumeur conserva le même volume après l'évacuation de l'utérus, et même elle devint plutôt plus saillante et on pouvait même la délimiter.

Deux semaines après l'accouchement, la septicémie se déclara et résista à toute espèce de traitement. L'état de la malade empira tous les jours. L'odeur qui se dégageait de toute sa personne, et qu'on avait pu masquer jusqu'alors à l'aide de désinfectants, devint tellement forte que c'était à peine si ses amis pouvaient rester près d'elle.

Le 15 octobre, une partie fœtale vint faire saillie à la vulve. Elle était dans un état de décomposition avancée ; cependant elle paraissait en être à son cinquième mois de développement, on distinguait très bien le placenta et le cordon. On s'assura que le fœtus passait bien par l'orifice du col.

Après l'issue de cette masse putride, la tumeur diminua d'une façon notable et l'état général de la malade s'améliora rapidement ; quatre mois après, elle jouissait d'une parfaite santé, sans qu'il soit resté aucune trace de son état passé.

Cas XVII (Dr *Pennyfather*). — Mme H..., âgée de 38 ans, mère de cinq enfants, après avoir fait une fausse couche en août 1861, devint enceinte au mois d'octobre suivant. Depuis le moment de sa conception elle éprouvait des souffrances extraordinaires et pensait qu'il y avait quelque chose qui n'était pas naturel. Le 3 avril 1862, elle fut prise de violentes douleurs abdominales qui durèrent plusieurs jours. Le 4 septembre, après un travail de six heures, elle mit au monde une fille bien développée. L'abdomen semblait encore très gros, aussi le médecin qui la soignait soupçonnait la présence d'un enfant jumeau ; mais, au bout de quelques heures, il déclara que la tumeur était d'origine ovarienne. Peu après, le Dr Pennyfather vit cette dame et la trouva très gaie et ne souffrant plus. A l'examen, il distingua les bruits du cœur fœtal et les mouvements du fœtus. Il administra de l'ergot qui agit d'une façon efficace sur l'utérus, mais non sur la tumeur. Une demi-heure après on ne distinguait plus de

mouvements. C'est alors qu'il déclara qu'on avait affaire à un cas de grossesse gémellaire intra et extra-utérine combinée.

La malade devint très émaciée, mais reprit ensuite rapidement de l'embonpoint ; l'écoulement vaginal était faible et les seins ne sécrétaient pas de lait.

La guérison fut rapide. Peu de temps après, le Dr Oldham déclara que la tumeur était ovarienne. Malgré cela, le Dr Ramsbotham se rangea de l'avis de M. Pennyfather.

Son état fut excellent pendant trois mois, mais, dans les derniers jours de janvier, elle fit souvent appeler son médecin.

En février, son état devint hectique ; elle avait la diarrhée et des sueurs profuses, le pouls variait de 120 à 160. L'opium fut administré à haute dose, les purgatifs causaient un abattement extrême. Le 14 février, on constata de la fluctuation dans la région iliaque gauche. Le médecin qui la soignait conclut que c'était du liquide contenu dans un kyste ovarien. La ponction fut pratiquée et l'on ne retira que des matières fécales.

Le 10 mars, le Dr Pennyfather fut appelé de nouveau et, en examinant la malade au spéculum, il vit un os fœtal qui faisait saillie dans le vagin. Tout le reste de la masse, qui consistait en os, cheveux et portions de fœtus, fut extrait, la malade étant chloroformisée. En même temps que le fœtus, il sortit une grande quantité de matières fécales, par une fissure de la paroi postérieure située à droite du col. Cela continua pendant plusieurs jours, puis les matières reprirent leurs cours naturel; le 14 mai, la malade avait recouvré la santé.

Le Dr Pennyfather croit que la tête du fœtus est restée fixée contre la partie supérieure de la cloison recto-vaginale et qu'elle a déterminé la perforation intestinale. La ponction de la tumeur, qui fut regardée comme une faute, fut suivie des meilleurs résultats, car le fœtus descendit immédiatement après.

Cas XVIII (Dr *Starley*).— Mme W.:. était accouchée en octobre 1872 d'un enfant vivant, à terme. Après cela, l'abdomen était resté aussi volumineux qu'auparavant, on pouvait très bien constater la présence d'un second fœtus. La malade se refusait à toute opération.

Comme elle était très émaciée, on la soumit à un régime fortifiant, mais elle s'affaiblit graduellement et mourut deux mois aprè la naissance du premier enfant.

Tous les mouvements du fœtus extra-utérin avaient cessé un mois avant la mort de la mère.

On ne put faire l'autopsie.

Cas XIX (Dr *Pollak*).—Mme I...,âgée de 25 ans,d'apparence robuste, fut examinée le 8 janvier 1871. Elle avait eu déjà deux enfants et était au huitième mois d'une nouvelle grossesse. Elle éprouvait des souffrances très vives, du ténesme, une défécation difficile avec pression sur le rectum. Le 3 février, une sage-femme l'accoucha d'un enfant vivant.

Le 14 février, le Dr Pollak vint la voir, ses douleurs ayant continué à être très vives. Elle mourut le 17 et l'on fit l'autopsie. On trouva, à droite de l'utérus, un fœtus bien développé, en posture assise, le dos tourné en avant.

Le placenta occupait presque toute la partie inférieure et gauche de la cavité abdominale.

Cas XX (Dr *Satterthwait*). — Mme R..., âgée de 35 ans, mère de trois enfants, accoucha, en août 1869, d'un enfant mort.

Ensuite, son abdomen grossit beaucoup, à tel point qu'on soupçonna l'existence d'une tumeur. A partir de ce moment, la santé s'altéra, elle s'émacia et la fièvre hectique se déclara.

Le 27 septembre 1870, il se fit un écoulement purulent par le vagin. En l'examinant, on trouva un orifice qui faisait communiquer le vagin avec la cavité péritonéale, à travers lequel on put extraire les os et les débris d'un fœtus.

Après cela, la malade alla bien, devint de nouveau enceinte et mit au monde un enfant bien portant en 1872.

Cas XXI (Dr *Paul Sale*). — Une négresse, âgée de de 22 ans, célibataire, boiteuse par atrophie de la jambe gauche, se plaignait d'avoir été trompée par un nègre et disait qu'elle avait dans le ventre un gros serpent dont elle sentait les mouvements, ce qui la faisait souffrir beaucoup. Le Dr Moore l'avait observée pendant trois semaines et il fit appeler le Dr Sale, le 2 mars 1870. Tous deux diagnostiquèrent une grossesse extra-utérine. A ce moment, la femme pesait 110 à 115 livres. La respiration à 37, le pouls à 135, la température à 37°,5. L'orifice du col n'était pas dilaté, le col était allongé, les

limites de l'utérus ne pouvaient être établies, même par l'exploration bimanuelle. Elle niait énergiquement tout rapport sexuel. Pendant quatre semaines elle avait eu des douleurs et elle s'émacia rapidement.

Le Dr Sale l'opéra le 3 mars ; il fit une incision à gauche de la ligne médiane. Il aperçut une tumeur dure et luisante. Il la dérangea un peu, mais ne put en établir les rapports. Le kyste était si mince, que le moindre coup de bistouri l'ouvrit, il sortit du sang et l'on vit de suite un placenta. On le retira, ainsi qu'un enfant vivant, et le kyste s'affaissa immédiatement, et l'on put alors sentir l'utérus. Il était gros, globuleux, comme s'il contenait un produit de conception. On décida qu'il fallait l'ouvrir et l'on en retira le placenta, et un autre enfant vivant. On fit la toilette des organes et on referma la plaie. On plaça une sonde dans le col pour permettre l'écoulement des liquides.

Le traitement consécutif consista en l'administration de hautes doses de morphine, en un régime fortifiant, en stimulants ; la plaie fut pansée à l'eau phéniquée. Du 4 au 7, le pouls s'éleva de 150 à 155 et le hoquet ne cessa pas. La plaie laissait s'écouler un liquide sanieux, et la malade accusait de violentes douleurs dans les bras et les seins. Elle mourut de septicémie, à ce qu'on a supposé, 93 heures après l'opération. Les deux enfants étaient encore vivants un an après l'opération.

Cas XXII (Dr *Pellischek*).—Ce médecin ayant extrait un fœtus utérin en enlevant le placenta sentit un autre enfant vivant dans la région hypochondriaque gauche. Il ne voulut pas intervenir. Tout mouvement du fœtus ne tarda pas à cesser. Un an plus tard, la mère se portait bien et la tumeur avait beaucoup diminué de volume.

Cas XXIII (Dr *Chabert*). — Mme P..., âgée de 25 ans, donna naissance à un enfant en juin 1874 et guérit parfaitement. Un mois après, elle s'aperçut qu'elle avait une tumeur dans l'abdomen; au bout de cinq mois, elle avait des contractions utérines comme pendant le travail. La tumeur s'enflamma, l'ombilic s'ulcéra et donna passage à un pied fœtal. Le mari, un arabe, le retira ainsi que la jambe. Pendant trois semaines, cette ouverture donna passage à un liquide purulent contenant des débris d'os et de chairs. Des symptômes de

septicémie se déclarèrent, on fit des irrigations de permanganate de potasse à 1 pour 200.

Le 16 novembre on fit la gastrotomie, l'incision fut faite sur la ligne blanche, on retira les restes d'un fœtus et on lava le kyste. La plaie cicatrisa bien.

Cas XXIV (Dr *Wilson*). — Mme B..., âgée de 24 ans, avait eu un accouchement trigémellaire; le 5 avril 1880, elle fait une fausse couche de huit mois. L'accouchement, qui se fit sans l'aide d'une sage-femme, fut tout à fait normal, puis, peu après, la sage-femme étant arrivée, reconnut la présence d'un autre enfant. Le 18 avril, le Dr Wilson diagnostiqua une grossesse extra-utérine. Il décida qu'il valait mieux lui laisser suivre son cours jusqu'au terme, et alors de faire la laparotomie, qui fut pratiquée le 11 mai; il retira un enfant vivant, pesant huit livres. L'utérus avait une forme irrégulière, la portion pelvienne était contractée d'une façon imparfaite. De la corne droite partait un long prolongement, dans lequel on avait passé la sonde avant l'opération et auquel le kyste était attaché, de même qu'à la portion de l'utérus située au-dessus du détroit supérieur. Le placenta était inséré à la partie inférieure de la masse allongée.

Le kyste fut suturé à la paroi abdominale à l'aide de soie phéniquée et l'incision externe fermée avec des sutures de fil d'argent. L'opération fut pratiquée sous le spray et tout fut phéniqué; on mit en tout une heure dix minutes et l'on fit usage de chloroforme. Avant l'opération, le pouls était à 104 et la température à 37°,5; huit heures après, le pouls était à 150 et la température à 39°,5.

Après cela, la malade fut prise de toux et de nausées qui l'empêchaient de prendre des aliments, excepté par le rectum.

Deux jours après, le pouls était à 136 et la température à 39°,5, la toux se calmait et elle pouvait garder un peu de lait et de limonade; la nuit, la température était à 40° et la respiration à 36.

Soixante-six heures après l'opération et vingt-quatre heures avant la mort, le pouls était à 128, la température à 38°,5, elle avait passé une bonne nuit, elle était très gaie et portée à se réjouir. En sept heures, son pouls était à 135, la température à 40°; quatre heures plus tard, le pouls était à 155, la température à 41°, et la plaie donnait issue à un liquide fétide.

On essaya de retirer ce placenta, mais il était encore fortement attaché et les tentatives donnèrent lieu à une hémorrhagie dont on

se rendit maître en faisant la compression avec des éponges phéniquées, puis on recouvrit la plaie de coton phéniqué.

Le pouls, qui était devenu faible et très rapide, tomba à 138, et la température à 38°. Se sentant mieux, elle prit avec plaisir une tasse de thé ; puis elle demanda à être élevée dans son lit, sa face devint bleuâtre et elle expira en quelques minutes. Elle n'avait eu ni frisson ni sueurs profuses, ni délire marmottant, ni élévation brusque de température, en un mot, aucun symptôme de septicémie.

L'enfant extrait par l'opération est maintenant âgé de quatorze mois et bien-portant,

L'autopsie fut faite deux heures et demie après la mort. L'abdomen était très distendu par des gaz ; pas de liquide dans la cavité abdominale, pas de péritonite. Le kyste était très adhérent, il y avait trois placentas, chacun avec ses vaisseaux propres. Ils étaient insérés au fond et à gauche de l'utérus, à la trompe gauche et à la partie supérieure du ligament large gauche. Rien n'indiquait qu'ils étaient séparés. L'utérus avait diminué environ de moitié de ce qu'il était au moment de l'opération (1).

---

(1) Voir ci-contre le tableau de 24 cas de grossesse intra et extra-utérine combinée.

## Tableau de 24 cas de grossesse intra et extra-utèrine combinée.

| NUMÉROS | AUTEURS de l'observation. | JOURNAUX où ont été publiées les observations. | DATES | AGE de la malade. | ÉPOQUE de la grossesse. | OPÉRATIONS | RÉSULTATS de l'opération. Fœtus extra-utérin. | RÉSULTATS de l'opération. Fœtus intra-utérin. | RÉSULTATS de l'opération. Mère. | RÉSULTATS sans opération. Fœtus extra-utérin. | RÉSULTATS sans opération. Fœtus intra-utérin. | RÉSULTATS sans opération. Mère. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Duverney. ..... | Œuvres anatomiques, vol. II, p. 355. .................. | 1708 | 21 | 3e mois. | Néant. | — | — | — | M | — | — |
| 2 | Buck. ......... | Boston med. and Surg. Journal, 1856, vol. III, p. 371... | 1856 | 25 | 3e — | — | — | — | — | M | — | — |
| 3 | Craghead....... | American Journal of med. sciences, janv. 1850, p. 114... | 1849 | 35 | 3e — | — | — | — | — | M | — | — |
| 4 | Sager Abram... | Michigan Univ. med. Journal, octobre 1870, p. 456...... | — | — | 3e — | — | — | — | — | M | — | — |
| 5 | Tuffnell........ | Dublin Quat. med. Journ. sc., mai 1866, p. 462........ | 1860 | — | 3e — | — | — | — | — | M | — | — |
| 6 | Teblets (1)..... | Nashville Journ. m. and S., février 1860, p. 160.......... | — | — | 3e — | — | — | — | — | M | — | — |
| 7 | Sinks (2)....... | Leavenworth med. Herald, février 1873................. | 1870 | 23 | 3e — | — | — | — | — | V | — | — |
| 8 | Mac Gee (2). ... | Richmond and Louisville med. Journal, mars 1875, p. 311. | 1872 | 28 | 4 1/2 — | — | — | — | — | V | — | — |
| 9 | Hodgen (3)..... | Saint-Louis med. and Surg. Journ., août 1874 p. 411.... | 1873 | 27 | 5e — | — | — | — | — | V | V | — |
| 10 | Gordon (4)...... | Western J. m. and Surg., octobre 1848................. | 1847 | — | 6e — | Fœtus retiré par le vagin. | V | — | — | — | — | — |
| 11 | Galabin. ....... | Med. Times and Gazette, mai 1881, p. 605............. | 1880 | 36 | 6 1/2 — | Laparotomie. | M | — | — | — | — | — |
| | Argless Franck. | London Lancet, 16 septembre 1871, p. 394.............. | 1870 | — | 7e — | Néant. | — | — | — | M | — | — |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | Lachapelle. .... | Pratique des accouchements, t. III, p. 152.............. | 1811 | — | 7e | — | — | — | — | — | M | — | — |
| 14 | Whinnery (5) .. | American Journal of med. sciences, avril 1846, p. 351.... | 1845 | — | 9e | — | — | — | — | — | V | V | M |
| 15 | Cooke.......... | Transact. London obst. Soc., 1864. vol. V, p. 143....... | 1862 | 39 | 9e | — | — | — | — | — | M | M | M |
| 16 | De Rosset (6)... | American Practitioner, avril 1878.................... | 1876 | 27 | 9e | — | — | — | — | — | V | M | M |
| 17 | Pennyfather (6). | London Lancette, 20 juin 1863, p. 688.................. | 1862 | 38 | 9e | — | — | — | — | — | V | V | M |
| 18 | Starley (7)...... | New-York med. Journ., mars 1873, p. 299............ | 1872 | — | 9e | — | — | — | — | — | M | V | M |
| 19 | Pollak (8)...... | Saint-Louis med. and Surg. Journ., 10 mai 1871........ | — | — | | — | — | — | — | — | M | V | M |
| 20 | Satterthwait.... | New-York med. Journ., vol. XVI, 1872, p. 387.......... | 1870 | 35 | 9e | — | Néant. | — | — | — | V | M | M |
| 21 | Sale (9)........ | New Orleans med. Journ., oct. 1870, p. 727............ | 1870 | 22 | 9e | — | Laparotomie pr l'extraction des 2 enfants. | M | V | V | ... | — | — |
| 22 | Pellischek...... | Œsterreich Zeitschrift f. pract. Heilk.................. | — | — | 9e | — | Néant. | — | — | — | V | V | M |
| 23 | Chabert........ | Paris médical, vol. II, p. 151........................ | 1871 | 25 | 9e | — | Laparotomie secondaire. | — | — | — | V | V | — |
| 24 | Wilson (10)..... | Amer. J. obst., oct. 1880, p. 821..................... | 1880 | 24 | 9e | — | Laparotomie. | M | M | V | — | — | — |

(1) Œuf trouvé dans la trompe droite déchirée.
(2) Os fœtaux expulsés par le rectum.
(3) Probablement grossesse tubaire avec rupture déterminant la mort du fœtus.
(4) Placenta abandonné, drainage vaginal.
(5) Incision abdominale à travers laquelle le fœtus sortit un mois après.

(6) Fœtus en putréfaction expulsé par le vagin.
(7) Mère morte un mois après le terme; l'enfant extra-utérin a vécu après la naissance du premier.
(8) Comme le n° 18; à l'autopsie, fœtus bien développé.
(9) Mère morte de septicémie quatre jours après l'opération.
(10) Enfant vivant en juillet 1881.

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE.

**Allaitement artificiel en Poitou**, par M. Mascarel. — L'allaitement artificiel est souvent nécessaire lorsque l'allaitement maternel peut faire contracter à l'enfant une maladie constitutionnelle, comme la syphilis. La vache et la chèvre se trouvent partout dans le Poitou; M. Mascarel donne la préférence à la vache bretonne. La vache doit avoir mis bas depuis deux ou trois mois et n'être ni trop jeune ni trop vieille; on gradue le lait en mettant d'abord trois parties d'eau et une partie de lait; puis trois parties d'eau pour deux de lait; puis, au bout de trois mois, on donne le lait et l'eau mélangés à parties égales. Il ne faut faire bouillir le lait que pendant l'été, lorsqu'on peut craindre qu'il ne se conserve pas.

(*Séance du* 12 *décembre* 1882.)

**Note sur les épidémies puerpérales qui ont régné, depuis 1860, dans le service des accouchements de l'École de médecine de Clermont-Ferrand et sur les effets comparés de l'acide phénique et de l'acide salicylique**, par M. Nivet. — L'Hôtel-Dieu, dans lequel se trouve placée la salle d'accouchements, dit M. Nivet dans ses conclusions, est bâti sur un terre-plein de tuf volcanique, qui est battu par les vents d'ouest et du sud, plus que par les vents du nord. A côté de ces avantages se trouvent des conditions hygiéniques fâcheuses. Les effluves, venant du ruisseau des tanneurs et du dépôt des fumiers de la ville, arrivent jusqu'à cet hôpital lorsque soufflent les vents d'ouest et de sud-ouest. La salle d'accouchements n'est pas à l'abri des mauvaises odeurs qui se produisent dans les lieux d'aisance et dans les canaux à vidange qui leur font suite. Une seule salle, insuffisamment aérée, reçoit les femmes grosses et les femmes accouchées.

Malgré ces conditions mauvaises, les épidémies de fièvre puerpérale sont rares et peu graves dans le service des accouchements. Elles sont quelquefois moins meurtrières que dans la ville.

Les fouilles exécutées dans les loges des fous et dans le passage qui conduit à la salle d'accouchements ont paru jouer un rôle important dans la production de l'épidémie de juin 1882.

La solution aqueuse saturée d'acide salicylique n'a nullement empêché l'arrivée de cette épidémie, tandis que les applications et les fumigations phéniquées ont arrêté promptement ses progrès, et cependant les autres conditions hygiéniques n'avaient pas été modifiées.

**De l'influence des courants électriques sur la contractilité utérine,** par M. ONIMUS. — A l'état ordinaire, il est difficile de déterminer des contractions utérines, aussi bien par le courant électrique que par d'autres excitants, car cet organe n'a qu'une motricité restreinte, étant pour ainsi dire à l'état d'hibernation.

Lorsque, au contraire, la matrice est grande, il est plus facile de provoquer des contractures; mais cela n'est réellement facile que lorsque, pour une cause quelconque, les contractures physiologiques existent. Dans ce cas, on peut, comme l'auteur l'a observé, les modifier et peut-être même les régulariser.

Les contradictions que l'on trouve à ce sujet dans les ouvrages spéciaux tiennent uniquement à ce que l'on a confondu les différents états de la matrice qui sont tellement tranchés, à ce point de vue, qu'ils en font pour ainsi dire deux organes différents. Dans les études physiologiques, comme dans les applications thérapeutiques et dans les recherches de médecine légale, il est donc nécessaire de tenir compte de ces différences que l'on pouvait soupçonner *à priori* et que M. Onimus est parvenu à observer expérimentalement.

(*Séance du* 26 *décembre* 1882.)

Paul RODET.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

**Membrane caduque.** — M. CLEVELAND présente un sac membraneux, en forme de doigt de gant, expulsé quarante-huit heures après l'accouchement, par une femme chez qui il avait constaté déjà cette particularité lors d'un premier accouchement. L'examen le plus minutieux ne put pas lui faire découvrir trace d'un double utérus.

M. M. Duncan croit que ces caduques, expulsées entières, proviennent d'un utérus bicorne.

**Examen histologique d'un carcinome utérin.** — M. Édis présente des coupes microscopiques d'une affection maligne du col, qui était venue compliquer la grossesse. La quantité de stroma était faible, relativement à celle des cellules, ce qui donnait une grande ressemblance avec le cancer médullaire.

**Abcès péri-utérin.** — M. Gheffith présente une pièce montrant un abcès péri-utérin, situé en arrière de l'utérus et du ligament large gauche, déplaçant et comprimant le rectum et s'ouvrant par trois orifices dans le vagin, le col utérin et le rectum.

**Du sens dans lequel se fait la contraction utérine.** — M. Godson présente un utérus, enlevé par l'opération de Porro, dont la tunique péritonéale accusait parfaitement les plis formés par la contraction des fibres musculaires sous-jacentes.

M. Routh dit qu'il lui est arrivé d'entendre le souffle utérin par le vagin ou au niveau du sacrum dans des cas où il n'avait pu le percevoir par l'auscultation de l'abdomen.

**Rétention du placenta.** — M. Wynn Williams présente un placenta qui a été retenu dans l'utérus pendant trois mois, après un avortement, et qu'il a retiré au bout de ce temps.

**Fibromes enlevés par la section abdominale.** — M. Bantock présente cinq fibromes utérins, pesant de 2 à 13 livres, qu'il a enlevés par la voie abdominale. Il a obtenu quatre guérisons; une seule malade est morte. Dans chaque cas il s'était servi, pour fixer le pédicule, du serre-nœud de Kœberlé, dont il a toujours eu à se louer. Il croit que, quel que puisse être l'avenir réservé à l'oophorectomie, cette opération n'aurait pu rendre les mêmes services que l'hystérectomie dans les cas actuels.

M. Robert Barnes est également d'avis que l'hystérectomie est la seule intervention possible dans les cas de fibromes semblables à ceux présentés par M Bantock. Aujourd'hui il tend à admettre que l'opération de Battey est indiquée particulièrement dans les cas où il existe des fibromes durs situés dans la paroi utérine et faisant saillie dans la cavité de l'utérus. Quant aux tumeurs malignes et myxomateuses, il serait préférable de les extirper. Il lui serait facile de citer

des observations très concluantes des effets remarquables produits sur des fibromes par l'opération de Battey. Une année après l'opération, il a pu constater que des fibromes de la grosseur du poing n'étaient plus perceptibles.

M. THORNTON n'est pas d'avis de pratiquer l'hystérectomie avant d'avoir tenté l'oophorectomie. Il a fait cette dernière opération dans dix cas; aucune des malades n'est morte et toutes en ont éprouvé les meilleurs effets, le volume de l'utérus avait diminué dans des proportions étonnantes.

Il ne faut pas se borner à enlever seulement les ovaires, on doit également extirper les trompes et les gros vaisseaux contenus dans les ligaments larges.

M. GODSON fait part d'un cas qui vient confirmer pleinement l'opinion avancée par M. Thornton.

M. CHAMPNEYS demande à M. Thornton quelles sont les indications de l'oophorectomie.

M. THORNTON lui répond que l'on ne doit pratiquer l'opération que lorsque la vie est menacée.

**Nouvelle lampe.** — M. AVELING présente une modification de la lampe de Swann, construite de façon à pouvoir être introduite dans les cavités du corps, pour servir dans les explorations endoscopiques.

**Rupture du périnée. — Nouveau procédé opératoire.** — M. WYNN WILLIAMS lit un mémoire sur ce sujet. Dans cette opération on commence par aviver les bords de la déchirure, comme on le fait d'habitude. Puis on dissèque sur le plancher du vagin un lambeau de tissu élastique, d'environ 1 centimètre d'épaisseur et d'une longueur suffisante pour atteindre jusqu'au niveau de la surface avivée. On passe ensuite des sutures à travers les surfaces mises à nu, de façon à maintenir leurs bords et ceux du lambeau en contact avec les bords de la déchirure, et l'on fixe les sutures comme d'habitude. On procède de la même façon quand la déchirure a atteint le sphincter anal, mais les sutures comprenant la paroi rectale seront fixées dans la cavité du rectum, et l'on placera les sutures profondes avant de s'occuper d'amener le lambeau dans la position qu'il doit occuper.

M. BANTOCK a pratiqué cette opération une fois, sans y avoir trouvé beaucoup d'avantages.

M. CLEVELAND croit que l'on peut souvent prévenir la rupture du

périnée en s'opposant au passage trop prompt de la tête fœtale par une contre-pression.

M. Savage fait remarquer que l'on a négligé d'établir une distinction entre de simples lésions tégumentaires et la déchirure qui comprend tout le périnée. Dans l'opération de M. Williams on dissèque une languette de tégument que l'on vient appliquer sur la surface de rupture; mais, par cette pratique on ne rend aucune force au périnée parce que le lambeau est simplement tégumentaire.

M. Routh est d'avis que l'on ne peut pas toujours empêcher la rupture du périnée, et parfois une légère déchirure a bien moins d'inconvénients qu'une prolongation du travail.

Toujours il a réussi dans la restauration du périnée à l'aide de simples sutures, mais il a constaté qu'à l'aide du procédé de M. Williams, on reconstituait un périnée remarquablement résistant.

M. Thornton croit que ce procédé donne de bons résultats, mais il n'est pas nouveau, car il a été déjà décrit par M. Téale, de Leeds, et mis en pratique par les chirurgiens américains.

M. Murray a vu faire l'opération qu'on vient de décrire, et a constaté que le périnée, ainsi restauré, était très solide. Il est aussi d'avis qu'il n'est pas toujours prudent de retarder le mouvement de progression de la tête en avant, et il croit que l'on pourrait souvent empêcher des déchirures périnéales en faisant des incisions latérales.

M. Édis dit que l'on peut souvent empêcher la rupture en faisant étendre les jambes de la patiente quand la tête apparaît à la vulve et en pratiquant des incisions latérales. Au bout de douze ou vingt-quatre heures, la cicatrisation est effectuée, et on a tort généralement de ne pas combattre la constipation, car c'est plutôt un obstacle à la cicatrisation.

M. Culver James a fait la suture dans un cas, immédiatement après le travail, avec une aiguille de ménage ordinaire et a obtenu la réunion.

M. Duncan a vu les résultats de beaucoup d'opérations et il lui serait impossible de dire quelle est celle qui est préférable. Il lui est arrivé de suturer un périnée, deux semaines après l'accouchement, sans faire d'avivement ni de dissection d'aucune sorte, et d'obtenir une cicatrisation suffisante.

M. Wynn Williams a pour habitude de combattre la constipation après l'opération, au lieu de l'entretenir. Quand on restaure un pé-

rinée sans faire de lambeau, on arrive à avoir un périnée trop peu épais. Il ignore complètement que cette opération ait été déjà décrite, car aucun ouvrage de gynécologie n'en fait mention.

**Grossesse compliquée de cancer de l'utérus. — Opération césarienne. — Guérison.** — M. Édis lit un travail sur ce sujet. La malade entra à l'hôpital en novembre 1881. Onze mois auparavant, elle avait commencé à accuser des douleurs et avait eu des hémorrhagies. Elle était enceinte de six mois et portait un épithélioma qui embrassait presque toute la circonférence du col et la plus grande partie de la paroi vaginale postérieure. En février 1882, les douleurs du travail s'annoncèrent et le col se dilata environ comme le diamètre d'une pièce de 5 francs. On jugea impossible de faire l'accouchement par les voies naturelles et l'on pratiqua l'opération césarienne. L'enfant naquit en état syncopal, mais la respiration s'établit promptement. La mère se rétablit et, au mois de septembre dernier, son affection n'avait guère fait de progrès.

**Deux cas d'accouchements compliqués de cancer du col.** — M. Herman communique ces deux observations.

Dans le premier cas on sectionna la partie malade avec des ciseaux, on la cautérisa et l'on fit ensuite l'extraction par le forceps. Il se forma ensuite une fistule vésico-vaginale, suivie de phlébite qui amena la mort.

Dans le second cas, on enleva des masses de tissu malade avec l'écraseur, les doigts et les ciseaux, sans hémorrhagie notable et l'on fit une application de forceps. La mère guérit.

L'auteur est d'avis que, dans le cas de travail compliqué par la présence d'un cancer, la première chose à laquelle on doive penser, c'est de voir s'il n'y aurait pas moyen de déchirer ou de couper les masses cancéreuses.

M. Bate a observé un cas de travail, chez une femme atteinte d'un cancer au début, où l'accouchement se fit spontanément; mais la mère mourut de septicémie.

M. Champneys dit que, dans ces cas, il serait très important qu'il y eût du tissu sain sur les côtés du col, car c'est à cet endroit que se font le plus souvent les lacérations.

M. Galabin s'informe de la méthode de sutures employée dans le cas de M. Édis.

Dans quatre cas de cancer où l'accouchement se fit par les voies

naturelles, il n'a rencontré de grandes difficultés que dans un seul cas, dans deux autres la mère mourut et dans le dernier le tissu cancéreux a été presque entièrement enlevé par le galvano-cautère.

M. Fancourt Barnes est d'avis que l'opération césarienne offre à la mère une chance de guérison probable et une certaine sécurité pour l'enfant. Ce qu'il y a d'important dans cette façon de procéder, c'est que l'on sectionne des tissus sains, tandis que dans l'accouchement par les voies naturelles, des tissus malades sont lacérés et ouvrent ainsi une voie à la toxémie.

M. Édis répond à M. Galabin que, dans le cas qu'il a rapporté, il a appliqué des sutures interrompues, faites avec des intestins de vers à soie.

(*Séance du 6 décembre* 1882.)

Paul Rodet.

---

## CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS A EISENACH.

(*Section de gynécologie*).

**Sur la facilité de détacher le péritoine dans le bassin**, par le Dr Baumgartner, de Bade. — De ses recherches sur le cadavre, l'auteur conclut que dans le bassin on peut détacher le péritoine sur presque toute son étendue. L'uretère, après son entrée dans le petit bassin, est cependant plus adhérent au péritoine qu'au fascia. Par des mouvements de grattement au moyen des doigts on peut le détacher aussi de la vessie et dans le repli vésico-utérin. On ne rencontre aucune difficulté dans le cul-de-sac de Douglas. Contrairement à l'opinion généralement acceptée, Baumgartner pense que l'on peut arriver à isoler le péritoine de la superficie de l'utérus; cette opération sans doute sera extrêmement difficile chez les nullipares, mais chez les femmes ayant eu de nombreuses grossesses on réussira quelquefois assez rapidement, soit avec la main, soit avec des pinces mousses dont on écarte les branches.

**De l'éclampsie survenant à une époque avancée des couches**, par H. Lohlein, de Berlin. — D'après Lohlein, les deux tiers des attaques d'éclampsie apparaissant après les couches surviendraient dans les douze premières heures après l'accouchement, le reste presque exclu-

sivement dans les cinq premiers jours. Il est très rare de les voir après ce laps de temps et, dans la plupart des cas que l'on trouve dans la littérature, on n'est pas entièrement sûr s'il y a de véritables relations étiologiques entre l'état puerpéral ou postpuerpéral et les convulsions. Lohlein rapporte une observation où l'éclampsie serait survenue au quinzième jour des couches. Ce cas concerne une femme faible et anémique, de 38 ans, qui avait été accouchée au forceps. Après la délivrance on institua un traitement prophylactique, et l'on fit plusieurs fois par jour des irrigations phéniquées intra-utérines ; immédiatement apparition d'urines noires ; on se servit donc d'autres désinfectants. Un mouvement fébrile survenu à la fin de la deuxième semaine fit reprendre l'usage des injections phéniquées dans le vagin. Très rapidement on remarqua de nouveau l'urine phéniquée, et après de courts phénomènes prodromiques survinrent cinq fortes attaques éclamptiques. Dans les derniers temps de la grossesse ainsi que pendant les couches on trouvait une petite quantité d'albumine qui augmenta au moment de l'apparition des attaques pour disparaître complètement à la fin de la quatrième semaine.

Dans le cas actuel, Lohlein est disposé à rapporter une importance pathogénique à l'influence de l'acide phénique sur la fonction rénale ; l'excrétion déjà imparfaite des produits de désassimilation éprouva une nouvelle aggravation qui suffit à provoquer les convulsions chez une malade déjà prédisposée.

L'orateur, à propos de cette observation, donne son appréciation sur l'importance que l'on doit accorder à la compression des uretères dans le développement de l'éclampsie puerpérale. Bien que lui-même ait précédemment démontré qu'un nombre certain de cas peut être causé par la stase de l'urine par suite de la compression des uretères, cependant il est loin de généraliser cette influence autant qu'Halbertsma, qui veut considérer presque tous les cas d'éclampsie comme la conséquence de la rétention de l'urine par la compression ou le tiraillement des uretères. Il attaque également la deuxième proposition d'Halbertsma : que dans cette urémie provoquant les convulsions il existe une dilatation considérable des bassinets. (*Allgemeine Wiener mediz. Zeitung*, 1882, n° 42.) A. Veillard.

**Nouvelles recherches sur la menstruation et l'ovulation**, par le Dr Léopold, de Leipzig. — L'auteur a recueilli un certain nombre d'ovaires enlevés sur des cadavres ou des opérées et les a examinés

spécialement pour savoir si un follicule s'ouvre à chaque menstruation et à quel moment cela a lieu. Les pièces s'élèvent à 25 et concernent des femmes qui avaient eu leurs règles 1-35 jours auparavant. Il résulte de ses recherches qu'il y a toujours ouverture d'un follicule et sortie d'un ovule dans l'intervalle de deux menstruations.

Les Drs RUGE (de Berlin) et OTT (de Petersbourg) prennent part à la discussion qui suit cette communication. Tous les deux insistent sur la nécessité de n'accepter qu'avec réserve les conclusions tirées de l'examen des pièces de ce genre, parce que le processus inflammatoire des ovaires existant dans ces cas provoque des désordres pathologiques qui donnent lieu facilement à des erreurs d'interprétation.

**Considérations sur l'extirpation totale de l'utérus par le vagin**, par le professeur OLSHAUSEN, de Halle. — L'auteur rend compte de 23 opérations de ce genre. 3 fois l'opération ne fut pas achevée ; des 20 autres femmes, 6 moururent à la suite de l'opération, la plupart de septicémie, une d'intoxication par l'iodoforme. L'extirpation totale fut faite pour carcinome du col, 19 fois ; du corps de l'utérus, 3 fois ; pour myôme, 1 fois (par erreur de diagnostic). 2 sont mortes de récidive après l'opération ; chez 6 femmes on n'a constaté, jusqu'à présent, aucune récidive (4-15 mois après l'opération). Olshausen fait les pansements à la gaze iodoformée ou à l'acide phénique.

Le professeur MARTIN (de Berlin) prend ensuite la parole. Il a fait cette opération 31 fois, l'a achevée 26 fois. 6 femmes seulement sont mortes. En présence de ces faits favorables, le professeur Martin pense que l'on pourrait faire cette opération non seulement dans le cas de néoplasmes cancéreux, mais aussi dans certaines circonstances où des hémorrhagies profuses mettent la vie en danger.

SANGER, se basant sur trois cas, insiste sur la persistance de fistules intestinales après cette opération et dit qu'il a fait deux fois l'extirpation totale avec un plein succès. — Olshausen ne voudrait pas voir étendre les indications de cette opération dans le sens de Martin, et, d'après lui, la castration suffirait à arrêter certaines hémorrhagies où l'on ne peut démontrer aucune lésion organique.

Le professeur Martin réplique qu'il a vu une fois l'hémorrhagie se reproduire après la castration.

**De la dilatation de l'utérus**, par le professeur SCHULTZE, d'Iéna.

— Schultze, dans le catarrhe utérin et l'endométrite, introduit d'abord des tampons de glycérine et tannin, 33 p.100, qu'il laisse vingt-quatre heures; puis une tige de laminaria; dilate l'utérus et fait tous les jours de grands lavages avec un ou deux litres de solution phéniquée. Ce procédé a donné d'excellents résultats. Lorsqu'il y a des granulations ou de petits adénomes (que l'on trouve surtout dans la gouttière du fond de l'utérus et les angles utérins au niveau de l'ouverture des trompes), on peut faire le grattage avec des pinces ou une curette; on obtient ainsi de meilleurs résultats que lorsqu'on fait ce curage sans dilatation préalable. Pour ces lavages il se sert de simples sondes qui lui paraissent préférables à tous les instruments compliqués.

Le professeur Bandl (de Vienne) dit que l'antéflexion de l'utérus est une cause fréquente de dysménorrhée et de stérilité; il fait le diagnostic différentiel entre le catarrhe du col et du corps de l'utérus; enfin il recommande, comme thérapeutique de l'endométrite, le badigeonnage de l'utérus avec de petits tampons trempés dans la solution de perchlorure de fer et l'introduction dans la cavité utérine, préalablement dilatée, de quelques gouttes de cette solution à l'aide de la seringue de Braun.

Veit (de Berlin) fait ressortir la valeur de l'incision bilatérale de Schröder dans la sténose de l'orifice interne.

Peter Muller (de Berne) dit avoir obtenu de bons résultats par son procédé (dilatation, arrachement et injections phéniquées ou iodées dans la cavité utérine). (*Allg. Wiener med. Zeitung* 1882. n° 47.)

A. Veillard.

---

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

**Manuel de gynécologie**, par MM. Hart et Barbour. — In-8, 644 pages, avec 400 figures et 9 planches en chromo-lithographie. Edimbourg, 1882, chez Maclachlan et Stewart.

Nous sommes peu habitués à voir un manuel présenter un pareil luxe de figures, et loin de nous en plaindre, nous en félicitons les auteurs qui ont compris que, pour qu'un ouvrage de gynécologie fût à la portée de tous les praticiens, il fallait que chaque affection, et surtout chaque opération fût décrite dans ses moindres détails et

accompagnée de planches en montrant les différentes phases. Tout d'abord on trouve une description très détaillée de l'anatomie et de la physiologie des organes pelviens; l'anatomie descriptive est exposée d'une façon complète, comme du reste dans tous les ouvrages, mais ce qui fait l'originalité de ce chapitre, c'est la façon dont les auteurs ont adapté leur description au but qu'ils poursuivent, c'est-à-dire à l'étude de la gynécologie; c'est ainsi que l'on trouve mentionnés les effets produits par la pression intra-abdominale sur le plancher pelvien, les modifications de rapports déterminés par les changements de posture, surtout par la position génu-pectorale, etc.

Le chapitre de la menstruation et de l'ovulation vient tout naturellement terminer cette partie, et resume très exactement les travaux les plus récents de Williams, de Kundrat et Engelmann, de Léopold, etc., sur les modifications qui surviennent dans la muqueuse utérine à chaque époque cataméniale.

Dans une seconde partie, les auteurs passent en revue les différentes méthodes d'examen des organes génitaux, ainsi que les divers instruments qui servent à la pratique gynécologique, en indiquant la manière de les employer, leurs dangers et leurs contre-indications.

La troisième partie est consacrée à l'étude des affections des annexes de l'utérus. Contrairement au plan adopté généralement par tous les gynécologistes, MM. Hart et Barbour commencent l'étude des maladies des organes génitaux par celle du péritoine et du tissu cellulaire pelvien, c'est-à-dire par la pelvi-péritonite, la cellulite pelvienne et l'hématocèle.

C'est là une faute, car si l'on songe qu'un grand nombre d'affections des annexes reconnaissent pour cause une maladie de l'utérus ou du vagin, on en conclura qu'il sera tout naturel d'exposer d'abord la pathologie de ces organes avant celle du péritoine ou du tissu cellulaire pelvien; c'est du reste un fait admis par tout le monde, et que je me borne à signaler à l'attention des auteurs. Au sujet de l'article « hématocèle », j'ai été étonné de ne pas voir exposées les diverses théories sur la genèse de cette affection. C'est cependant un des côtés intéressants de son histoire, et j'aurais voulu y voir mentionnés les récents travaux qui sont venus confirmer la théorie de Virchow, en montrant que, dans certains cas, l'hématocèle utérine était produite par la rupture de vaisseaux de nouvelle formation contenus dans des néo-membranes. Le chapitre relatif aux affections de

l'ovaire est exposé d'une façon complète ; tout l'intérêt se concentre sur l'étude des kystes de l'ovaire et sur l'ovariotomie. Les auteurs se sont largement inspirés de l'ouvrage de Spencer Wells, aussi la question est-elle traitée de main de maître.

Nous arrivons enfin aux affections de l'utérus, parmi lesquelles nous avons particulièrement remarqué l'article sur la lacération du col, qui nous a paru mériter les honneurs de la traduction et que nous publierons dans un prochain numéro. Parmi les autres chapitres nous signalerons ceux sur l'atrésie, la sténose et l'atrophie du col, qui ne sont en général traités que d'une façon superficielle dans les manuels, et auxquels les auteurs ont donné un développement suffisant. Les fibromes et le cancer de l'utérus sont l'objet d'une étude très longue, justifiée d'ailleurs par le rang important qu'ils occupent dans le cadre nosologique.

Les chapitres concernant les maladies du vagin et de la vulve viennent clore la série des affections des organes génitaux de la femme, nous y relevons surtout celui qui est relatif aux ruptures du périnée où l'on trouve une exposition très bien faite de la périnéorrhaphie. L'ouvrage se termine par l'étude des troubles de la menstruation et des fonctions de reproduction et par celle des affections de la vessie et du rectum, parmi lesquelles nous citerons la fistule vésico-vaginale, dont le traitement opératoire est singulièrement facilité par les nombreuses figures qui accompagnent le texte.

En résumé, malgré les légères critiques que nous nous sommes permis de faire, on ne peut s'empêcher de reconnaître que c'est un manuel excellent et qui peut rendre de grands services aux praticiens auxquels nous le recommandons tout particulièrement.

Paul Rodet.

---

# VARIÉTÉS

**Cours libre de gynécologie.** — M. le Dr de Sinéty continuera son cours de gynécologie à l'École pratique les lundis et vendredis à 5 heures.

**Enseignement libre pour les femmes.** — *Cours complet d'accouchements pour les aspirantes au doctorat en médecine et pour les élèves sages-femmes.* — M. le Dr Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine, commencera ce cours le jeudi,

18 janvier 1883, à 2 heures 1/2 précises, à l'amphithéâtre de M. le Dr Lenoir, 2, rue Antoine-Dubois, place de l'École-de-Médecine. Il le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Durée du cours quatre mois environ. Prix : 50 francs pour tout le cours. On s'inscrit chez M. le Dr Verrier, 106, rue de Rivoli.

La leçon d'ouverture est publique et gratuite pour les dames.

---

Les *Annales de Gynécologie* ont recu :

*Traité pratique de l'art des accouchements*, par DELORE, professeur adjoint d'accouchements à la Faculté de médecine de Lyon, et LUTAUD, médecin-adjoint de Saint-Lazare. — Savy, éditeur. Paris, 1883. 1 vol. in-8 de VIII-552 pages, avec 135 gravures dans le texte. Prix : 9 francs.

*Des inflammations qui se développent au voisinage de l'utérus, considérées surtout sous leurs formes bénignes*, par le Dr de SINÉTY. Extrait du *Progrès médical*, 1882.

*Nouveau signe de la grossesse*, par JORISSENNE. Liège, imprimerie Vaillant Carmanne, 8, rue Saint-Adalbert, et Paris, chez Reinwald, 15, rue des Saints-Pères, 1882.

*Contribution à l'étude des présentations du siège décomplété*, par le Dr LEFOUR, professeur agrégé, etc. In-8 de 53 pages. Prix : 2 fr., à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*La femme stérile*, par le Dr P.-M. DÉCHAUX (de Montluçon). — Paris, 1882, 1 vol. in-18 de 214 pages. Prix : 2 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

*Clitoridectomy*, par G. ENGELMANN *Two cases of anterior desplacement of the ovary simulating inguinal hernia*; *Battey's operation*, par George J. ENGELMANN. Extrait de *Gynecological transactions*, 1881.

*The treatment of cancer of the uterus*, par le Dr BAKER, professeur de gynécologie à l'Université d'Harvard. Extrait de l'*American J. of obstetrics*, vol. X, no 11, avril 1882.

*Ovariotomy. Difficultés, diagnostic and operative, continued menstruation after double ovariotomy*, par George J. ENGELMANN. Extrait de *The American J. of the medical sciences*, avril 1882.

*Sur un kyste fœtal provenant d'une grossesse extra-utérine abdominale remontant à cinq ans*, par le Dr Thomas CARAMAN, médecin de l'établissement thermal de Forges-les-Eaux. — Davy, imprimeur, 31, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

---

*Le gérant :* A. LEBLOND

---

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Sucr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

# ANNALES
# DE GYNÉCOLOGIE

**Février 1883**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### INDÉPENDANCES DES CONTRACTIONS DE L'UTÉRUS
#### PAR RAPPORT AU SYSTÈME CÉRÉBRO-SPINAL

**Par M. J. Dembo**, de Saint-Pétersbourg (1).

Depuis Haller et Gall jusqu'à nos jours, la science a fourni une énorme quantité de recherches expérimentales, ayant pour but de reconnaître les centres de l'utérus et leurs nerfs moteurs; d'autre part, des observations cliniques sont venues à l'appui d'innombrables hypothèses sur ce sujet.

Il n'existe, pour ainsi dire, pas un point dans le système cérébro-spinal où l'on n'ait cru trouver des centres servant à faire contracter l'utérus, par voie directe ou réflexe.

Si l'étude des contractions utérines possède une littérature

(1) Travail du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée de la Faculté de médecine de Paris. (Communiqué à la Société de biologie, séance du 23 décembre 1882.)

très riche, elle n'est pas moins remarquable par l'incessant conflit de faits contradictoires qu'elle présente.

Pour Gall, Serres, Valentin et Spiegelberg, le centre des contractions utérines est dans le cervelet; pour Kilian, MM. Oser et Schlesinger, il se trouve dans le bulbe, pour Budge dans l'un et l'autre.

MM. Kehrer, Cyon, Scherschewsky, Rohrig et Brachet croient tous le voir dans la moelle épinière, mais l'un d'eux, Kehrer, tient pour la région lombaire, tandis qu'un autre conclut que ce centre principal a son siège au niveau de la 10e vertèbre dorsale.

MM. Frankenhausser, Obernier affirment que les centres principaux sont dans le système du grand sympathique; Frankenhausser le cherche dans le plexus aortique, Obernier, au contraire, dans la région lombaire de ce nerf.

D'autres expérimentateurs : MM. Spiegelberg, Korner, veulent que de tous les points de la moelle épinière (Spiegelberg, y compris le cerveau) on puisse faire contracter l'utérus.

Enfin, MM. Schetschenoff, Reiman, Rein et aussi Calliburcès prétendent que l'utérus possède, lui-même, des centres indépendants.

En présence d'une telle divergence d'opinion sur ce sujet, on pourrait admettre :

1° Que l'utérus des animaux de certaines espèces, et même d'une espèce donnée ne se comporterait pas toujours d'une manière identique sous l'influence de l'excitation du centre, que les résultats de l'excitation ne sont pas les mêmes aux différentes époques de la vie, enfin que l'utérus aurait des contractions spontanées, et les auteurs auraient été induits en erreur par ces contractions, indûment attribuées par eux à l'excitation du prétendu centre ;

2° Qu'il existerait dans toutes les parties du cervelet et de la moelle épinière des centres de contractions utérines ; que les uns sont constants, que les autres sont irréguliers ;

3° Enfin que l'utérus, comme le cœur, posséderait dans ses parois ou dans ses annexes, des centres propres ; en consé-

quence, il serait capable de remplir en partie ses fonctions en dehors de toute influence du système cérébro-spinal.

Cette dernière proposition deviendrait de plus en plus vraisemblable d'après les expériences dans lesquelles MM. Golz, Kabiersky, etc., ont détruit partiellement la moelle épinière et celles dans lesquelles M. Rein a pratiqué la section des nerfs sacrés et du plexus aortique, aussi bien que d'après diverses observations cliniques par lesquelles on voit que les femmes atteintes de différentes maladies de la moelle épinière avec paralysie de la vessie et du rectum peuvent accoucher naturellement.

Afin de résoudre cette question, j'ai cru nécessaire de procéder par voie expérimentale pour :

1° Chercher s'il n'existe pas dans l'utérus des points ou des régions dont l'excitation directe par les courants électriques provoque des contractions complètes de cet organe.

2° Dès que ces régions seraient trouvées, démontrer leur indépendance ; autrement dit, établir qu'en les excitant on obtient la contraction de l'utérus entier, lorsqu'il est soustrait à l'influence du système cérébro-spinal et même lorsqu'il est complètement enlevé de l'animal.

Cette dernière méthode de recherches n'a été suivie par aucun auteur, du moins à ma connaissance.

Pour atteindre mon but, j'ai entrepris des expériences sur des lapines, des chiennes, des chattes, des brebis, des génisses et des vaches.

Les animaux étaient tantôt curarisés, tantôt chloralisés, tantôt tués par une piqûre du bulbe, tantôt enfin *saignés à blanc*.

Pour comparer les effets du chloral et du curare, j'ai opéré parfois sur des animaux vivants.

L'utérus était toujours mis à nu.

L'appareil à chariot, dont je me suis servi est celui de Siemens et Halske à bobine à fil fin, activé par deux piles de Gaiffe au bioxyde de manganèse et au chlorure de zinc.

Pour le courant galvanique, j'ai employé l'appareil de Stöh-

rer, avec un rhéostat de Siemens, une boussole de Gaiffe et un commutateur.

Après des expériences sur plus de 120 animaux, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

1. Dans la paroi antérieure du vagin (inférieure, vésicale) et principalement dans sa partie supérieure, il y a des régions dont l'excitation par le courant électrique provoque des contractions manifestes de l'utérus, surtout chez les lapines ; tandis que l'excitation dans les mêmes conditions expérimentales, soit de la paroi postérieure du vagin, soit du col, soit de l'utérus lui-même, ou certains points des ligaments larges, ne donne que des contractions locales, aux points excités et à une distance au delà de 2 à 3 centimètres. — Il n'existe, pour ainsi dire, pas de plus bel exemple de contraction des muscles lisses que celles dues à l'excitation des régions susdites.

2° Le même effet s'obtient par le courant galvanique, de telle facon que le pôle négatif donne toujours des contractions plus manifestes que le pôle positif, et que les contractions de fermeture de K sont plus fortes que les contractions d'ouverture de A, de fermeture de A et d'ouverture de K (1).

3° Cette contraction peut être provoquée quelques heures après la mort de l'animal et deux heures et plus après que l'utérus a été enlevé complètement de l'animal, si cet organe est placé dans du sérum sanguin ou dans une solution salée (Cl Na 0,6 %) à 35-40°.

4° De tous les animaux susdits, c'est l'utérus de la lapine qui est le plus excitable par le courant électrique et surtout un utérus vierge. Chez ces animaux, il suffit parfois d'un courant de 0m,30 de distance des bobines pour produire l'effet voulu. L'utérus des chiennes et des chattes est moins excitable et parfois, surtout sur de vieux animaux, leur excitabilité par cet agent devient nulle.

5° Les lapins possèdent deux utérus tout à fait distincts

---

(1) K, catode; A, anode.

par le rapport au système nerveux : les électrodes portés sur la paroi antérieure à gauche ou à droite ne donnent que des contractions de l'utérus correspondant, tandis que l'utérus opposé est en repos.

6° Dès la première période de la grossesse, l'utérus devient de moins en moins excitable par l'agent électrique, pour retrouver un peu plus d'excitabilité pendant le travail. Tout au contraire, l'agent thermique a sur l'utérus, pendant la grossesse, une action plus énergique que dans l'état de vacuité.

7° L'utérus d'un très jeune animal — surtout d'une très jeune lapine, — peut — contrairement à l'opinion de certains physiologistes — fournir, si l'on excite les mêmes régions susdites, des contractions assez vives.

8° Je n'ai pu remarquer de différence sensible dans l'énergie des contractions utérines provoquées par excitation directe de ces régions, et cela que les animaux soient curarisés ou chloralisés — la dose de curare ou de chloral n'étant pas trop forte — ou qu'ils ne soient pas narcotisés du tout. Au contraire, le curare à forte dose a une influence sur les muscles lisses de l'utérus : il diminue l'énergie de leurs contractions, ce dont j'ai pu m'assurer en injectant peu à peu du curare dans la veine jugulaire. Cette influence est plus efficace sur l'utérus d'un jeune animal.

9° La cause de la divergence d'opinions des auteurs doit être cherchée dans la différence des méthodes appliquées à leurs expériences et des milieux où ils ont expérimenté. — Il est vraisemblable que quelques-uns des expérimentateurs ont attribué à l'effet de l'excitation de la moelle épinière les contractions utérines, provoquées soit par une différence entre la température du milieu et celle de l'utérus, soit par une action mécanique directe quelconque comme, par exemple, le frottement.

Le fait que l'utérus se contracte plus énergiquement et plus constamment par l'excitation de la paroi vaginale que par l'excitation directe de l'utérus même n'est indiqué par aucun auteur. Bien plus, il résulte de mes expériences que « les con-

tractions de l'utérus sont tout à fait indépendantes du système cérébro-spinal » ; que l'utérus doit posséder dans ses annexes des centres propres. Il faut chercher ces centres — j'ai insisté sur ce point dans une récente communication faite à l'Académie des sciences — dans la paroi antérieure du vagin.

Bien que les contractions utérines soient indépendantes en elles-mêmes du système cérébro-spinal, on ne saurait nier l'influence que peut avoir l'émotion sur l'énergie des contractions. Nous en avons assez de preuves dans beaucoup d'observations cliniques; pendant la guerre ou pendant les révolutions on observe très souvent des avortements. Scanzoni cite une énorme quantité d'avortements pendant la révolution à Prague. J'ai eu l'occasion, pour ma part, de constater deux cas d'avortement suivant immédiatement de fortes émotions.

Nous connaissons maintenant des régions dont l'excitation peut toujours provoquer des contractions de l'utérus: nous pouvons donc vérifier les assertions de quelques physiologistes, qui soutiennent que l'utérus d'une jeune lapine ne possédant pas assez de fibres musculaires, ni peut-être de nerfs, ne peut donner de véritables contractions.

M. Cyon rapporte toutes les contractions produites chez ces jeunes animaux à des actions vaso-motrices et leur donne le nom de « Steifung und Erblossung » que nous pourrions traduire par « raidissement et pâlissement de l'utérus ». Ces effets, selon l'auteur, n'ont rien de commun avec les véritables contractions produites par l'action des muscles mêmes !

Des expériences très nombreuses faites sur des lapines, depuis l'âge d'un mois jusqu'à celui de la puberté, m'ont conduit à des conclusions tout opposées.

Il est indiscutable que, dans certains cas, les effets vaso-moteurs sont parfaitement possibles; mais il serait difficile d'expliquer par cette action les phénomènes de contractions tétaniques de l'utérus.

A l'appui de mon opinion il me suffira d'ajouter que dans des conditions identiques on obtient par l'excitation de la paroi antérieure du vagin des effets identiques, et cela aussi bien

lorsque la circulation est normale que lorsqu'on a enlevé l'utérus de l'animal tué par « saignée à blanc ».

Kehrer (*loc. cit.*, p. 21) a démontré l'existence, dans les fibres musculaires d'une très jeune lapine, de cellules douées de toutes les propriétés des muscles lisses. Il est d'avis même que les contractions de l'utérus chez une jeune lapine non adulte sont aussi énergiques que celles des intestins (*loc. cit.*, page 23).

Cet avis est partagé par Frommel.

Quant aux contractions spontanées de l'utérus, admises par beaucoup d'auteurs, je ne veux pas ici entrer dans le détail de la question ; j'ai donné mes conclusions à ce sujet, dans une communication adressée à l'Académie des sciences (1). Je dois dire, cependant, que, d'après mes études sur l'excitation de l'utérus par différents agents, il n'existe pas de contractions spontanées proprement dites ; que toutes les contractions spontanées des auteurs sont dues aux actions soit thermiques, soit mécaniques, par lesquelles l'utérus est très facilement excitable.

Du moment où je crus avoir établi l'indépendance de l'utérus par rapport au système cérébro-spinal, il me fallut rechercher dans quelle couche du vagin sont placés les centres nerveux de l'utérus. Se trouvent-ils dans la couche péritonéale, dans le tissu conjonctif, dans la couche musculaire, ou bien dans la muqueuse ?

Déjà il me fallait admettre comme résultat de mes expériences que ces centres sont vraisemblablement situés ou dans la séreuse, ou bien entre cette membrane et la couche musculaire ; dans les cas où j'ai cru — sur des lapines qui avaient déjà porté — réussir à disséquer le péritoine de la couche musculaire du vagin, l'excitation électrique de cette lamelle péritonéale a provoqué des contractions énergiques des deux utérus ; les électrodes portés directement sur les autres

(1) Dembo. *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, t. XV n° 25, p. 1294, 1882.

couches musculaires n'ont donné que des contractions très faibles.

Depuis quelque temps déjà, j'avais tenté de trouver la confirmation anatomique des phénomènes susdits : je m'étais appliqué en vain à trouver des ganglions dans les régions où mes expériences physiologiques m'en faisaient soupçonner l'existence (1), autrement dit, dans la partie péritonéale du vagin.

Il faut croire qu'il y avait dans ma technique histologique quelque insuffisance ; car ces jours derniers enfin, en employant une des méthodes indiquées par M. Ranvier pour appliquer le chlorure d'or à l'étude des nerfs et des ganglions, j'ai pu constater — sans pouvoir encore donner actuellement une description détaillée — qu'il existe dans l'épaisseur de la partie supérieure péritonéale de la paroi antérieure du vagin de nombreux groupes ganglionnaires de différentes dimensions (quelques-uns à une centaine de cellules et plus).

Je suis heureux de pouvoir soumettre à la Société de biologie quelques préparations obtenues par la méthode que je viens d'indiquer.

Je me réserve d'exposer prochainement, avec les détails qu'ils comportent, tous les faits concernant ce travail et de donner la description histologique de ces ganglions.

Ce travail a été fait au laboratoire de M. Vulpian, plusieurs expériences ont été faites aussi chez M. Stricker, à Vienne ; les recherches histologiques — au laboratoire d'histologie du Collège de France. — Les expériences sur des vaches, brebis, etc., ont été faites à l'abattoir de Grenelle.

---

(1) Dembo. *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, t. XV, n° 25, p. 1294, 1882.

**Index bibliographique des travaux cités dans cette note.**

Gall. — *Craniologie, découvertes, nouvelles de Gall*, 1805.
Serres. — *Anatomie comparée du cerveau*, t. II, p. 601-813.
Valentin — *De functionibus nervorum cerebralium*, p. 64, 65 et 153.
Spiegelberg. — *Experimentelle Untersuchung über die Nervencentren und die Bewegung der Geburt. Zeitschrift für Ration. medic.*, 1858, III Reihe, II Bd.
Kilian. — *Zeitschrift für rat. Med.*, 1851, Bd X. p. 100, 1852, II, Reihe, t. II, p. 1-30.
Oser et Schlesinger. — *Wiener medic. Jahrb*, 1872, Heft I.
Budge. — *Archives de Virchow*, t. XV, 1858. *Zeitschrift für rat. Med.*, 1861, III, Reihe.
Brachet. — *Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux*. Paris, 1839, t. I, p. 426.
Kehrer. — *Beitræge sur vergleichende und experimentelle Geburtskunde*, 1864, I Heft. Giessen, p. 1-48.
Cyon. — *Pflügers Archiv.*, Bd. VIII, p. 349.
— *Methodik der physiologisch. Experiment. und Vivisectionen*. Giessen, 1876, p. 26.
Scherschewski. — *Dissertation*. Saint-Pétersbourg, 1873.
Röhrig. — *Archives de Virchow*, t. LXXVI, p. 1.
— *Centralblatt für medic. Wissenschaft*. 1879, p. 668.
Frankenhauser. — *Ienaïsche Zeitschrift für medic. Wissensch.*, 1864, Bd. I, p. 35. *Die Nerven der Gebärmutter*. Iena, 1867.
Obernier. — *Experimentelle Untersuchung ueber die Nerven der Gebärmutter*, Bonn, 1861.
Koerner. — *Studien der Physiologischen Institut in Breslau*, 1865, Heft III, p. 1-50.
Schetschenoff. — *Physiologie du système nerveux*. Saint-Pétersbourg, 1866.
Reimann. — *Dissertation*. Kieff, 1869.
Rein. — *Archives de Pflüger*, t. XXIII, 1880, p. 68.
Calliburces — *Comptes rendus*, XLV, 1857, p. 1096.
Frommel. — *Zeitschrift für Geburtskunde und Gynekologie*, Bd. VIII, Seite 205.
Ranvier. — *Leçons d'anatomie générale. Appareils nerveux terminaux des muscles de la vie organique*, 1880. Paris, p. 117 et 368.
Scanzoni. — *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1865.

# DE L'ANUS CONTRE NATURE ILÉO-VAGINAL
## ET DES FISTULES INTESTINO-UTÉRINES (1).

**Par le Dr L. H. Petit,**
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

(SUITE) (2).

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

*Siège.* — En laissant de côté les cas rapportés par Henricus ab Heer, Paullinus, Schenck, Bonet, etc., qui n'ont guère qu'un intérêt historique, les communications accidentelles que nous avons relatées entre l'intestin (non compris le rectum) et le canal utéro-vaginal, se répartissent ainsi:

| | |
|---|---|
| Iléo-vaginales | 21 |
| Iléo-kysto-vaginales | 2 |
| Iléo-utérines | 9 |
| Colo-utérines | 2 |
| Cæco et iléo-utérine | 1 |
| Utérines sans détermination de l'intestin | 2 |
| Siège douteux pour l'intestin et le conduit utéro-vaginal. | 2 |

Le vagin était donc compris dans la fistule, 23 fois, — l'utérus, 14 fois, — l'intestin grêle, 31 fois, — le gros intestin, 3 fois, — l'iléon et le cæcum à la fois, 1. — Cas indéterminés, 4.

Nous avons dit dans le chapitre précédent que, dans les cas de cancer, le corps de l'utérus avait été trois fois sur quatre le siège de la perforation et différentes parties de l'intestin en même temps. Dans les autres cas, le siège exact de la perforation se répartit ainsi :

(1) Mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix Huguier, 1881).

(2) Voir *Annales de gynécologie,* numéros de décembre 1882 et de janvier 1883.

UTÉRUS. — *Fond* : Percy, Davey, Scharlau.

*A gauche :* Morgan, près du fond ; Simpson, près du col.

*A droite:* Aucun.

*En arrière :* Dunn.

*Siège indéterminé :* Lambron, Davis, Skinner, Röseler, Einbeck, Pennel.

VAGIN. — *Cul-de-sac antérieur :* Breitzmann, Dahlmann, Kiwisch.

*Cul-de-sac postérieur :* Hufeland, Colman, Mac Keever, Casamayor, Roux, Jones, Simon, Radfort, Bartels, Gussenbauer. Müller, Verneuil, Birkett, Favera.

*Cul-de-sac latéral droit :* Thurnam, Heine.

*Siège indéterminé :* Veit, Jennings.

INTESTIN. — *Grêle :* Colman, Percy, Mac-Keever, Casamayor, Hufeland, Thurnam, Davis, Jones, Simon, Heine, Scharlau, Breitzmann, Birkett, Radfort, Bartels, Gussenbauer, Skinner, Müller, Demarquay-Verneuil, Dahlmann, Roux, Kiwisch, Veit, Dunn, Favera, Jennings, Einbeck.

*Iléon et cæcum :* Davey.

*S iliaque :* Rœseler.

*Siège indéterminé :* Lambron, Morgan, Simpson.

*Siège douteux pour l'intestin et le conduit utéro-vaginal :* Ashwell, Pennel, et peut-être aussi Garmann.

D'après ce qui précède, le cul-de-sac postérieur du vagin et la face postérieure de l'utérus sont le plus fréquemment le siège de la communication anormale. Puis viennent le cul-de-sac vaginal antérieur et le fond de l'utérus.

Du côté de l'intestin, c'est l'iléon qui est le plus souvent affecté, puis l'S iliaque. La grande mobilité du premier et la proximité de la seconde rendent compte de leur intervention dans la constitution des fistules génito-stercorales.

*Forme. — Dimensions.* — La forme de la fistule est en général arrondie ou ovale.

Les dimensions de l'anus vaginal sont dans la plupart des cas assez grandes pour laisser pénétrer le bout du doigt explorateur.

Dans le cas de M. Verneuil (obs. VI bis) l'anus vaginal était représenté par une fente d'envirón 2 cent., légèrement oblique de droite à gauche et d'arrière en avant, et formée de deux lèvres accolées comme celles de la bouche fermée ; elles étaient légèrement enroulées en dedans, et il suffisait de les entrouvrir avec une sonde pour donner une issue aux matières fécales. Simon ne put le voir, mais sentit au toucher un trou à bords tranchants assez grand pour admettre le doigt (obs. XXXVII). Heine vit deux orifices séparés l'un de l'autre et dont l'un seulement donnait issue aux matières ; le point de séparation était l'éperon, qui fut sectionné plus tard (obs. XLII). L'ouverture était infundibuliforme chez le malade de Dahlmann. (Obs. XXXVI.)

Lorsqu'il y a plusieurs fistules (Thurnam) ou que celles-ci, siègent dans l'utérus (Davey, Davis), elles sont plus petites.

Les bords de la fistule, souples, mous et extensibles dans les premiers temps, s'indurent peu à peu et deviennent inextensibles par l'effet du travail de cicatrisation qui s'opère autour de ces bords ou dans leur épaisseur même.

*Lésions de voisinage.* — Que la fistule soit utérine ou vaginale, le col de l'utérus est hypertrophié, fongueux, saignant par suite de son contact avec les matières fécales ; l'utérus lui-même, dans les cas où il est le siège de l'affection, est manifestement hypertrophié ; sa muqueuse est tuméfiée, enflammée, couverte d'ulcérations.

Dans le cas de Percy (obs. VII), où l'affection était en voie de formation, deux circonvolutions d'intestin s'étaient insinuées dans la matrice par une rupture qui se trouvait à un travers de doigt de la trompe gauche, en arrière ; elles formaient dans la cavité de ce viscère une tumeur dans laquelle on ne reconnaissait aucune partie ; le sang, les excréments, les tuniques des intestins, et peut-être quelques restes de l'arrière-faix, avaient été confondus par la gangrène. La rupture, très large avant la contraction de l'utérus, était au plus d'une grandeur propre à mettre le doigt.

Dans les premiers jours qui suivent l'accident, on trouve

autour de la fistule, dans une zone plus ou moins étendue, les produits de l'inflammation ou de la gangrène. Lorsque les parties mortifiées sont éliminées, il se forme peu à peu des lésions consécutives, qui sont surtout marquées sur la muqueuse du vagin et de la vulve; ces organes sont le siège d'excoriations, d'ulcérations profondes, de brides cicatricielles longitudinales ou transversales qui les déforment; dans certains points, la muqueuse est rugueuse, épaissie, comme cartilagineuse. Le périnée et la face interne des cuisses participent plus ou moins à ces lésions.

Dans le cas de Casamayor (obs. XXXVIII), il existait dans le vagin, à un pouce du col de l'utérus, un retrécissement considérable au-dessus duquel siégeait l'anus vaginal. Dans celui de Simon, le doigt rencontrait dans le vagin, à 4 centimètres environ de l'orifice uréthral, un rétrécissement annulaire si étroit qu'on y pouvait introduire à peine la dernière phalange de l'auriculaire. Ce rétrécissement était le conduit excréteur commun de l'urine et des fèces, qui provenaient des fistules urinaire et stercorale placées au-dessus de la stricture et inaccessibles au doigt explorateur. Dahlmann a signalé aussi de nombreuses brides cicatricielles dans le vagin.

Chez la malade de M. Verneuil, l'entrée du vagin était très étroite, mais la cavité vaginale était assez ample, et la muqueuse souple et sans trace de cicatrice, quoique épaissie.

*Intestin.* — Du coté de l'intestin on trouve, dans la partie en rapport avec la fistule, des adhérences solides qui l'unissent à l'utérus ou au vagin. L'anse intestinale forme un angle plus ou moins aigu au sommet duquel se trouve l'ouverture accidentelle. Dans la plupart des cas, les deux bouts de l'intestin étaient perméables : la disposition contraire ne s'est rencontrée que dans les faits de Casamayor, de Jennings, (obs. XXI) et de Verneuil, et encore dans ce dernier l'imperméabilité était-elle consécutive aux essais opératoires. Lorsque la malade est entrée à l'hôpital, le doigt et les instruments pénétraient facilement dans les deux bouts de l'intestin, mais,

après la section de l'éperon il se développa un travail inflammatoire subaigu qui oblitéra définitivement le bout inférieur. La cavité intestinale, très souple avant l'opération, était devenue rigide et comme indurée et s'était retrécie ; le bout supérieur laissait toujours pénétrer le doigt et une grosse sonde; mais la paroi opposée était fermée en cul-de-sac.

Casamayor, pour reconnaître les rapports de l'intestin qui aboutissait à l'ouverture anormale avec le rectum, porta l'index gauche dans le premier, et le droit dans le second, et trouva qu'ils n'étaient séparés l'un de l'autre que par un cordon charnu, mobile, de la grosseur et de la consistance d'un cordon ombilical ordinaire; ce cordon descendait de la région iliaque gauche, et venait, en serpentant, se terminer au bord inférieur de l'ouverture utéro-vaginale. Il en conclut que le bout inférieur de l'intestin s'étant contracté, et par suite oblitéré, formait le cordon charnu situé entre le bout supérieur et dans le rectum.

La disposition des deux bouts de l'intestin en *canons de fusil*, n'est pas très marquée, à ce qu'il semble, puisque les observateurs qui ont pratiqué le cathétérisme de ces deux bouts, Casamayor et Verneuil entre autres, ont constaté, à quelques centimètres de l'anus accidentel, un changement la direction des segments de l'intestin.

L'éperon, si fréquent dans les anus contre nature consécutifs à des étranglements herniaires externes, n'a été signalé que dans un petit nombre de nos observations. Seuls, MM. Heine et Verneuil en ont fait la description. Dans le premier cas (obs. XLII), il séparait deux ouvertures intestinales situées, l'une un peu plus haut à gauche, et plus rapprochée de la ligne médiane, l'autre un peu plus en arrière et plus près du col de l'utérus. Cet éperon était assez épais. Celui de la malade de M. Verneuil était mince, souple, assez mobile de gauche à droite et de droite à gauche, vertical, dirigé d'avant en arrière, cloisonnant la cavité de l'intestin et séparant nettement les deux bouts. Son bord inférieur, tranchant, n'arrivait pas jusqu'à s'engager dans l'orifice vaginal.

Même silence relativement à l'infundibulum. Roux (obs. XL) et M. Verneuil seuls en ont parlé pour dire qu'il n'existait pas chez leur malade. M. Dahlmann a dit, dans son observation, que l'orifice de l'anus vaginal était infundibuliforme, mais sans plus de détails.

Il est difficile d'admettre, cependant, qu'il n'y eût pas d'éperon dans les autres cas où des anses intestinales considérables avaient été détruites. Quant à l'infundibulum, sa formation n'était guère possible au milieu de tissus indurés et sans souplesse.

Le prolapsus de la muqueuse intestinale, qui complique si fréquemment aussi les anus contre-nature, était à peine indiqué dans les cas de Demarquay, Heine et Gussenbauer. Dans celui de Bartels, il était assez prononcé pour former hors de la vulve une masse de 10 cent. de long sur 8 cent. de large, dont l'auteur a donné une description minutieuse et qui a nécessité une opération préliminaire, la résection du prolapsus (obs. XLI). Les fèces s'écoulaient par deux orifices situés à la partie inférieure de cette tumeur. Dans le cas de Roux, il y avait un prolapsus d'un pouce environ.

Les autres complications du côté du vagin consistent en fistules faisant communiquer la vessie ou le rectum avec cette cavité.

Les malades de Kiwisch (obs. II), Mac-Keever (obs. XXVI), Dahlmann (obs. XXXVI), Simon (obs. XXXVII), avaient une fistule vésico-vaginale; celles de Favera (obs. V), Röseler (obs. XIV), Dianoux (obs. XVII), Thurnam (obs. XXVIII), une fistule recto-vaginale; celle de Bartels (obs. XLI), les deux ensemble; celles de Lambron (obs. XII) et de Davis (obs. XIII), une fistule intestino-cutanée.

*Bassin.* — Les lésions du petit bassin, contenant et contenu, étaient aussi très étendues dans la plupart des cas où l'on peut faire l'autopsie. Elles consistaient, le plus souvent, en altérations inflammatoires des ligaments larges, des intestins grêles et du péritoine de la région.

Dans le cas de Percy (obs VII), tous les viscères abdominaux étaient dans un état de gangrène très avancé.

Dans celui de Thurnam, adhérences entre le fond de l'utérus et le sacrum, entre l'ovaire et la trompe gauches, le rectum et plusieurs anses intestinales; l'iléon et le rectum étaient comprimés contre le sacrum par le fond de l'utérus; il existait plusieurs communications entre la fin de l'iléon et la partie supérieure du vagin.

### Observation XVIII.

*Accouchement par le forceps; phlegmon du petit bassin; fistules iléo et recto-vaginales; diarrhée incoercible; mort* (1).

Femme de 37 ans, entrée à Westminster Hospital environ un mois auparavant; elle était atteinte de diarrhée aqueuse constante et son émaciation était extrême. On apprit que, quatre mois auparavant, elle avait été délivrée, à l'aide d'instruments, d'un fœtus qui, paraît-il, était mort depuis quelques jours. Depuis, elle avait éprouvé une douleur vive à la région hypogastrique, et une diarrhée profuse qui l'avait réduite à un état d'émaciation extrême. Sauf l'application d'une douzaine de sangsues, elle n'avait suivi aucun traitement. C'est dans cet état qu'elle fut admise à l'hôpital.

Elle n'accusait aucune souffrance locale. La garde ayant remarqué que les fèces sortaient par le vagin, M. Thurnam examina avec soin cette cavité, s'attendant à trouver une fistule recto-vaginale; il n'en fut rien; mais vu le grand épuisement de la malade, il n'osa se servir du spéculum. La diarrhée continua malgré le traitement employé, la malade s'affaiblit de plus en plus et mourut au bout de quelques jours.

*A l'autopsie*, pas de liquide dans le péritoine. Le fond de l'utérus adhérait au sacrum; les adhérences envahissaient l'ovaire et la trompe gauches, le rectum et plusieurs anses intestinales. L'iléon et le rectum étaient comprimés contre le sacrum par le fond de l'utérus. Les fèces n'avaient pas évidemment passé longtemps par le vagin, car il s'en trouvait une assez grande quantité dans le rectum; le côlon et la fin de l'iléon étaient remarquablement rétractés et contenaient un mucus épais, glutineux et grisâtre. Il y avait plusieurs ouvertures

(1) Thurnam. *The Lancet*, 30 avril 1836, t. II, p. 190 (observation communiquée à la *Westminster medical Society*).

fistuleuses à la partie supérieure et droite du vagin, en communication avec la dernière portion de l'iléon. Il existait aussi une petite fistule recto-vaginale. La muqueuse du vagin était profondément ulcérée.

Quelles auraient été les conséquences d'une erreur qui aurait fait prendre ce cas pour une fistule recto-vaginale ordinaire, et de son traitement par la cautérisation actuelle, comme le recommande Dupuytren? L'iléon, contracté comme il l'était, aurait-il pu jamais récupérer sa fonction de transporter les matières fécales?

Le Dr Johnson pense que le seul moyen de traitement à employer dans ce cas était de provoquer l'issue des fèces à l'aide d'injections, etc., et de permettre ainsi aux fistules de se cicatriser.

Les lésions étaient à peu près les mêmes dans le cas de Davey; la seule différence portait sur la communication, qui s'était faite entre l'utérus et l'iléon.

### Observation XIX.

*Entérite aiguë devenue chronique; symptômes d'obstruction intestinale; fistules cæco et iléo-utérines; mort.* (J.-G. Davey, *The Lancet*, 1835-1836, t. II, p. 236.)

Une jeune femme de 23 ans était atteinte, depuis trois mois, de symptômes d'entérite aiguë, pour lesquels on avait prescrit la saignée et les remèdes ordinaires. L'acuité de la maladie cessa, mais la convalescence se prolongea et, à la longue, l'abdomen commença à enfler étonnamment, comme par la présence d'une énorme quantité de gaz, révélée par un son tympanique à la percussion. En même temps, prostration considérable des forces, pouls précipité et faible, et, de temps en temps, vomissements stercoraux avec constipation opiniâtre. Tel était son état au moment où je la vis pour la première fois, il y a environ cinq semaines; jusqu'alors elle avait été soignée par M. Gardiner, très respectable praticien de cette ville.

Je prescrivis un lavement laxatif à administrer lorsque besoin serait et, à l'intérieur, une mixture composée de *ammon. carbon.* et *conf. arom.* dans un julep camphré. Ce traitement la releva un peu, et je me déterminai à essayer l'effet de *potass. hydriod.*, dont l'emploi améliora certainement son état; l'abdomen perdit son extrême distension et reprit ses dimensions habituelles, et les selles devinrent

plus régulières. Elle continua ainsi à aller de mieux en mieux en apparence jusque trois jours avant sa mort (qui survint le 24 du mois dernier); alors il survint une diarrhée profuse qui l'emporta.

La mère m'apprit que les selles étaient passées en dernier lieu par le vagin, accompagnées d'une énorme quantité de gaz. Je fus frappé d'étonnement à cette nouvelle, mais voyant que la mort était imminente, je pensai qu'il était bon d'attendre les résultats de l'autopsie.

*Autopsie.* — En ouvrant l'abdomen, les intestins étaient très distendus par les gaz ; pas de liquide dans le péritoine. En examinant l'intestin grêle, qui occupait en grande partie le rebord du bassin, on trouva de très nombreuses adhérences entre les anses et, entre elles, le grand épiploon, et le péritoine pariétal. En séparant une adhérence très solide entre l'iléon et la paroi abdominale, il s'échappa, par une ouverture ulcérée de l'intestin, plusieurs onces de liquide séro-purulent, mêlé de matières fécales; plus loin, je trouvai l'utérus très hypertrophié, et sa partie supérieure et latérale, près du fond, était occupée par une adhérence solide à la tête du cæcum, présentant une ouverture fistuleuse entre les deux organes, admettant une plume à écrire ordinaire. Le fond de l'utérus adhérait intimement à une portion d'iléon longue de trois pouces; l'intestin avait une communication de la même étendue, par une large fissure ulcérée, avec la cavité de l'utérus; la membrane muqueuse était ulcérée; le vagin était normal; le rectum et tout le côlon étaient remplis de féces durcies, comme dans le cas de M. Thurnam, dont les conclusions peuvent s'appliquer au cas actuel.

Les détails relatifs aux lésions consécutives à un étranglement intestinal par une rupture utérine font malheureusement défaut dans le cas suivant.

OBSERVATION XX (1).

Une femme de 26 ans, enceinte pour la quatrième fois, fut prise des douleurs au huitième mois après une grande fatigue. La lenteur du travail fit administrer du seigle ergoté, mais il fallut faire quelques manœuvres pour faire sortir l'enfant. Grand épuisement de la

(1) Dunn. *Trans. of the obst. Society*, 1868, vol. IX, p. 65.

mère après l'accouchement. Délivrance impossible par rupture du cordon. L'état de la mère faisant soupçonner quelque chose de grave, Dunn introduisit la main dans l'utérus et sentit à la paroi postérieure une fente transversale dans laquelle s'engageaient les intestins.

Le Dr Lee, appelé en toute hâte, trouva une anse intestinale hors du vagin; il la fit rentrer, et appliqua une serviette chaude sur les parties externes; collapsus, nausées et vomissements. Le lendemain, les efforts pour vomir avaient fait sortir une anse intestinale plus considérable; celle-ci était livide et même noirâtre. Quatorze heures après l'accouchement, la patiente fut visitée par M. Tyler Smith, qui, après un examen attentif de l'intestin noir et étranglé, dit que le cas était désespéré. Il était trop tard pour administrer le chloroforme et essayer d'extraire le placenta et en même temps de faire rentrer l'intestin. Néanmoins, la malade vécut encore 5 jours, et près de 3 yards d'intestin étaient sortis quand elle succomba. (Le yard vaut 0m,914.)

A l'autopsie, on trouva à la partie postérieure de l'utérus la fente par laquelle étaient sortis les intestins. Malheureusement, on ne dit rien de l'état de l'intestin, de l'issue des matières fécales, du siège exact de la rupture, rien en un mot qui se rattache à la formation de la fistule intestino-génitale.

Les détails trouvés à l'autopsie de la malade de Jones (obs. VIII) sont assez intéressants pour attirer l'attention sur eux. La portion restante des intestins était plus ou moins altérée, le côlon était sphacélé et il ne restait plus qu'un mètre 80 cent. d'intestin grêle. (Rappelons que tout le reste avait été arraché par l'accoucheur, et que la femme avait survécu 17 jours.) Il se dirigeait de l'estomac dans le petit bassin, aboutissait et adhérait à une ouverture inégale située en arrière et à droite du vagin, et assez large pour admettre deux ou trois doigts. Le côlon occupait sa place accoutumée; l'intestin grêle en avait été séparé près du cæcum, point dans lequel il y avait un petit abcès entourant et obturant le bout lacéré de l'intestin. Le mésentère était déchiré dans une grande étendue, le grand épiploon sphacélé.

Dans le fait de Scharlau (obs. X), les phénomènes inflammatoires étaient encore plus étendus et plus marqués; la

symphyse sacro-iliaque droite était rompue et enflammée, le pubis dénudé, le fond de l'utérus sphacélé; les anses intestinales réunies dans le petit bassin, par des fausses membranes, avec la vessie, l'utérus, le rectum et les parois osseuses.

La malade de Simon était morte d'une péritonite généralisée dont elle présentait les lésions. (Obs. XXXVII.)

*Résultats éloignés.* — Il est plus intéressant peut-être de décrire les altérations trouvées à l'autopsie des malades mortes longtemps après leur accident, ou à l'examen de celles qui ont survécu et guéri.

En général, dans ces cas, le bout inférieur de l'intestin, qui avait cessé de transporter les matières fécales, était ratatiné, diminué de calibre et de longueur et ne contenait que du mucus ou quelques fèces durcies.

Il est probable que dans ces cas, où les fonctions du côlon et du rectum ont été suspendues pendant plusieurs années, il existait des altérations de ces organes qu'il eût été intéressant d'étudier. Dans quelques cas, on dit simplement que le calibre de l'intestin était diminué, mais on ne parle nullement de l'état des muscles, des glandes et des autres éléments qui entrent dans la structure de l'intestin. Mac Keever est le seul qui ait mentionné l'absence de l'action de la volonté sur le sphincter anal, pendant un certain temps après le retour des selles par la voie naturelle. L'atrophie des éléments glandulaires et musculaires, en pareil cas, n'aurait rien de surprenant.

La matrice s'étant rompue de nouveau dans le cas de Lambron (obs. XII), ce chirurgien pratiqua une seconde fois la gastrotomie. Il constata des adhérences entre l'intestin et l'ancienne cicatrice, mais ne put trouver la trace de la première rupture utérine. Mêmes particularités dans le cas de Radfort (obs. XXXIII). La malade étant morte plusieurs années après la guérison de la fistule, on ne put voir la plus légère trace d'aucune cicatrice au vagin ou à l'utérus. Le seul vestige morbide était une bande fibreuse mince entre ce dernier organe et une partie de l'iléon.

La malade de Mac Keever, guérie spontanément, ne présen-

tait plus, quelques semaines après, qu'une petite nodosité saillante à la partie supérieure du vagin (obs. XXVI). C'est, du reste, la seule fois qu'on ait pratiqué l'examen direct des organes génitaux de cette femme dans tout le cours de sa maladie.

L'examen du corps a révélé des particularités du plus haut intérêt dans l'observation de Jennings, dont la malade a survécu plus de vingt ans à son infirmité. Après un accouchement difficile, une inflammation considérable du petit bassin avait réuni l'iléon, la vessie, le vagin et le rectum; tous ces organes creux s'ouvraient dans une sorte de cavité mixte, véritable cloaque; les fèces, arrivées dans cette cavité par le bout supérieur de l'iléon, sortaient avec l'urine par le vagin et le rectum, et peut-être aussi par le méat urinaire; quant au bout inférieur de l'iléon, il était oblitéré, et n'avait plus servi à rien, non plus que tout le côlon.

### Observation XXI.

*Sphacèle du vagin; destruction de sa partie supérieure; fistules faisant communiquer cette cavité avec la vessie, l'iléon et le rectum; oblitération du bout inférieur de l'intestin* (1).

Malade entrée à l'hôpital des femmes de la *South Dublin Union*, le 21 septembre 1871, pour s'y faire soigner des suites de son premier accouchement, survenu environ 20 ans auparavant et qui, d'après elle, aurait été d'une lenteur peu commune. Son aspect, qui était anémique et émacié, fut d'abord entièrement attribué aux souffrances inséparables des lésions graves constatées chez elle, et dont elle était atteinte depuis tant d'années, mais on vit plus tard que cette opinion n'était pas tout à fait exacte. Bien que les lésions visibles dussent exercer incontestablement une influence considérable sur la détérioration de son état général, elles n'en étaient cependant pas les seules causes, car on en trouva, à l'autopsie, d'autres non soupçonnées pendant la vie, et qui avaient joué un rôle plus important.

---

(1) Wensley Bond Jennings. *Proceedings of the Path. Society of Dublin* 1874, vol. VI, p. 105.

Un examen fait à cette époque montra l'existence de deux tumeurs inter-crurales, savoir : en avant, une cystocèle, et en arrière un prolapsus utérin, et vraisemblablement une destruction très étendue des parois vaginales ; cette circonstance, jointe à l'âge déjà avancé de la malade, qu'elle avouait être de 50 ans, et aux autres particularités du cas, amenèrent le docteur Jennings et le professeur Sinclair, qui voulut bien lui donner son avis, à se prononcer contre toute opération, et à détruire ainsi l'espoir qu'elle avait conçu.

La malade se conforma à cet avis pendant plus d'un an et demi, jusqu'à ce qu'enfin elle eut le malheur de céder aux conseils de quelques dames visiteuses dont les représentations anéantirent sa résignation et réveillèrent si bien ses premières espérances, qu'elle résolut, pour employer ses propres expressions, « qu'on lui fît quelque chose pour la soulager » bien qu'on lui eût exposé dans tous ses détails le danger certain quelle allait courir, et le bienfait très incertain qu'elle pouvait retirer d'une opération, fût-elle même suivie de succès. Enfin, cédant à ses importunités, et en opposition avec son meilleur jugement, M. Jennings consentit à entreprendre la seule opération que permettaient les circonstances du cas, et qui ne pouvait être que palliative, savoir : d'effectuer l'atrésie de la vulve dans ses deux tiers postérieurs et d'obtenir ainsi la réduction permanente des tumeurs externes.

L'opération fut faite rapidement et facilement, sans chloroforme, avec l'assistance du professeur Sinclair. Sans entrer dans les détails de l'opération, nous dirons seulement qu'elle consista simplement à aviver, puis à réunir les surfaces opposées par des sutures interrompues, superficielles et profondes, les premières étant fixées sur des fragments de bougie élastique. L'écoulement de l'urine, qui aurait pu s'accumuler dans la poche ainsi créée, fut assuré en plaçant à demeure une grosse sonde élastique introduite en avant, et en maintenant autant que possible la malade dans la position demi-assise.

Quelques heures après survinrent des nausées et des vomissements incessants, rebelles à tout traitement ; les aliments les plus légers et donnés en très petite quantité étaient presque tous rejetés.

Le troisième jour il fut nécessaire d'enlever les sutures, d'une part dans l'espoir de soulager l'irritabilité de l'estomac, et d'autre part à cause de la mauvaise odeur qui devint alors sensible. La réunion, qu'on trouva déjà commencée, malgré ces circonstances si défavorables, fut toutefois rapidement détruite par le sphacèle qui

s'empara de la région et dura les deux jours suivants, et la mort survint enfin dans la soirée du cinquième jour après l'opération.

Dans le cours de l'autopsie, M. Jennings fut surpris, lorsque les intestins furent sortis de l'abdomen, de voir que l'iléon était retenu ; il supposa d'abord que c'était une simple adhérence de sa paroi externe au fond d'une tumeur qui occupait la cavité du petit bassin. Un examen plus attentif augmenta sa surprise, car il lui fit voir que l'intestin était complètement divisé en deux, et que chaque extrémité était réunie séparément à un cloaque artificiel situé en ce point; que du côté droit l'intestin était imperméable et réduit à l'épaisseur d'une plume ordinaire, dans une étendue d'environ deux pouces, tandis qu'à gauche il avait conservé son calibre et s'ouvrait dans cette poche, qui communiquait avec l'iléon en haut, la vessie en avant, le rectum en arrière, et le vagin en bas.

Ce cas différait d'une manière remarquable de tout autre exemple de lésion intestinale connue du D[r] Jennings soit d'après sa pratique, soit d'après ses lectures. Dans les cas d'anus artificiel, et de guérison après perte de portion d'intestin par suite de volvulus ou d'intussusception, il n'existait pas de solution de continuité permanente du canal..., mais dans le cas présent il y avait une division permanente de toutes les tuniques de l'intestin, et, en outre, les fonctions de l'iléon, dans la moitié de son étendue, et de la totalité du côlon et du rectum, avaient cessé complètement pendant plus de vingt ans.

L'autopsie ne montra pas la plus légère trace de péritonite, ancienne ou récente, et la mort était évidemment le résultat de l'épuisement.

L'*Irish Hospital Gazette* (1874, vol. II, p. 77) donne sur ce fait quelques détails qu'on ne trouve pas dans les relations reproduites par les *Procedings of the path. Society* et le *Dublin Journal of the med. sciences* de 1874. En voici la traduction :

Du liquide injecté dans le rectum revenait en partie par l'anus, en partie par le vagin, et il est probable que la défécation s'était effectuée par ces deux canaux pendant près de la moitié de la vie de la malade.

La partie inférieure de l'iléon et le côlon, qui avaient été ainsi séparés du reste de l'intestin, étaient d'une couleur pâle, parfaitement vides, distendus par du gaz, mais leur calibre n'était pas diminué.

Cette observation est des plus curieuses, malgré l'absence de quelques renseignements importants : sur la manière dont

se faisaient la miction et la défécation pendant la vie, sur les dimensions des orifices fistuleux faisant communiquer le vagin avec les cavités voisines, la situation exacte de ces orifices et les rapports des uns avec les autres et avec l'utérus prolapsé, etc. On aurait pu rechercher aussi ce qu'était ce cloaque intermédiaire aux cavités intestinale, vaginale et vésicale. Il est probable que chacune de ces cavités avait participé à sa formation, la rétraction des cicatrices laissées par la gangrène *post partum* du vagin ayant attiré vers le centre du plancher du petit bassin la partie adhérente des cavités intéressées. Il n'aurait été, d'ailleurs, guère possible de reconnaître ces parties à l'autopsie, car les caractères distinctifs de chaque muqueuse avaient dû disparaître depuis longtemps par suite de l'inflammation primitive, et du contact prolongé de l'urine et des matières fécales sur des tissus peu faits pour résister à ces contacts anormaux.

*Fistule iléo-kysto-vaginale.* — L'anatomie pathologique de cette fistule a été faite à peu près complètement par Müller. Celui-ci a comblé heureusement la lacune laissée par Colman dans sa relation. (Obs. XV.)

### Observation XXII.

*Grossesse extra-utérine; enkystement du fœtus; tolérance du kyste pendant deux ans; nouvelle grossesse* utérine; *avortement provoqué; inflammation du kyste; extraction du fœtus; fistule iléo-kysto-vaginale; mort.*

Femme de 33 ans; deux attaques de fièvre intermittente dans les antécédents. Mariée depuis treize ans; 3 accouchements normaux à terme; enfants vivants.

En 1872, quatrième grossesse, arrivée à terme sans accouchement; on diagnostique une grossesse extra-utérine et on provoque la mort du fœtus par une injection à travers la paroi abdominale. Après quelques accidents, la mère se rétablit peu à peu, et peut vaquer aux soins de son ménage.

Dans l'été de 1875, grossesse intra-utérine; crainte d'accidents à cause de l'état du petit bassin, on provoque l'avortement au quatrième mois. Alors, douleurs vives dans le rectum, et écoulement par cette

voie de matières très fétides, pendant quatre mois, tantôt plus, tantôt moins abondant; jamais il n'est sorti de parties solides.

Dans les derniers temps, écoulement profus, douleurs dans le ventre, perte des forces. Tumeur dure dans le cul-de-sac postérieur du vagin, dont la paroi supérieure est déprimée en bas et en avant. D'après les phénomènes d'irritation, survenus du côté du bas-ventre et de l'intestin, on songe à donner issue, par une opération, au fœtus devenu corps étranger intoléré. Etat cachectique de la malade, crépitation emphysémateuse dans le vagin. Pas de fièvre. Diarrhée.

Le 26 mai. Chloroformisation. — Schrœder abaisse le cul-de-sac postérieur du vagin avec une pince de Museux et fait avec un bistoire une incision au niveau de la tumeur; hémorrhagie modérée, arrêtée avec le fer rouge. Issue d'une grande quantité de pus fétide. On enlève les parties fœtales avec une pince à polypes, en faisant de temps en temps des injections dans la poche avec une solution phéniquée.

Les deux premiers jours la malade va bien, sauf des douleurs cuisantes dans le vagin.

Le troisième jour, à la visite, on apprend qu'il s'écoule par le vagin une grande quantité de liquide jaune brunâtre, ayant les caractères des matières fécales; il y avait donc communication de la poche avec une partie de l'intestin. On devait admettre que la fistule siégeait sur l'intestin grêle à cause de la composition des matières, et parce que les aliments, pris par la bouche, sortaient sans être peu ou pas altérés. Néanmoins, le canal intestinal était complètement perméable, car, jusqu'au dernier moment, il sortit par le rectum des matières solides ayant un tout autre aspect et une autre odeur que celles qui sortaient par le vagin.

Bien qu'il n'y eût pas de fièvre, sauf une élévation de la température pendant quelques heures à 40 degrés, les forces diminuèrent peu à peu par suite de l'écoulement qui empêchait la nutrition.

Lavage continuel de la poche avec une sonde de Nélaton en communication avec le tube d'un irrigateur; topiques divers sur les cuisses et le périnée pour remédier à l'irritation produite par le contact des matières liquides sorties du vagin.

Diminution graduelle des forces; muguet buccal. Mort d'épuisement vingt-trois jours après l'opération.

*Autopsie.* — Adhérences de l'épiploon et de plusieurs anses intesti-

nales dans la cavité de Douglas, remplie de tissu pseudo-membraneux. Utérus en antéflexion.

Près de l'orifice externe du col se trouve, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, une ouverture assez grande pour laisser passer deux doigts et qui conduit dans la cavité de Douglas. Cette cavité est fermée en haut par une anse de l'iléon, des lobes graisseux et par des fausses membranes; cette paroi supérieure est très facile à déchirer et en quelques points aussi mince que du papier. Sur la paroi postérieure de l'utérus et sur la paroi antérieure du rectum, qui font partie de la poche, est un tissu induré, de sorte qu'il y a dans la cavité de Douglas une poche à paroi indépendante formée de tissu cellulaire compacte, et qui communique par en bas avec le vagin. Cette poche contient une substance jaune brunâtre et un peu de matières fécales.

L'anse intestinale qui limite la poche en haut présente sur sa paroi une perforation de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

La cavité de l'intestin et celle de la poche se continuent insensiblement l'une avec l'autre sans séparation marquée, de sorte qu'on ne peut pas dire à l'œil nu où commence l'une et où finit l'autre.

La trompe droite est flexueuse et communique avec le sac par son extrémité abdominale; elle est comme perdue dans la paroi et changée en tissu fibreux. Dilatation des uretères, comprimés par les fausses membranes, surtout à droite, et des bassinets. (Müller, *Charité Annalen*, 2e année, 1875. — Berlin, 1877, p. 395.)

La succession des phénomènes rend facile l'explication de ce cas. Le kyste constitué par la grossesse extra-utérine après la mort du fœtus n'a donné lieu à aucun phénomène morbide pendant deux ans environ. Alors survient une nouvelle grossesse, qui n'a aucun retentissement appréciable sur le kyste; mais l'avortement détermine dans sa masse et dans son voisinage des phénomènes inflammatoires traduits, pendant la vie, par les douleurs abdominales, l'état cachectique de la malade, etc., et à l'autopsie par des fausses membranes qu'on a trouvées englobant les organes du petit bassin et les anses intestinales voisines.

Il est probable que l'opération qui a délivré la malade du

foyer d'infection situé dans la cavité de Douglas, et les injections antiseptiques souvent répétées, auraient amené peu à peu la rétraction de la poche et sa fermeture, comme cela a eu lieu dans d'autres cas analogues. Malheureusement la formation de la fistule intestinale, en mettant obstacle à la digestion, a empêché la malade de réparer ses forces, et l'a conduite à la mort.

L'auteur de l'observation pense, et nous sommes de cet avis, que la fistule s'est formée par adhérence inflammatoire de l'intestin à la poche, et usure progressive de la paroi intermédiaire aux deux cavités. Il ne croit pas que les manœuvres faites pendant l'extraction du fœtus aient pu déchirer l'intestin, car il ne s'est pas écoulé de matières à ce moment, mais seulement deux jours après.

Indiquons maintenant certaines altérations particulières aux fistules stercorales d'origine cancéreuse.

Les lésions trouvées dans ces cas sont celles que l'on constate habituellement lorsque le cancer de l'utérus a envahi les organes voisins.

Dans le fait d'Hufeland, les trois quarts de l'utérus étaient envahis par le cancer, ainsi que la cavité de Douglas et les circonvolutions voisines de l'intestin grêle ; la partie postérieure du vagin était détruite et communiquait avec l'iléon par une ouverture d'un pouce et demi de large, dont les bords étaient squirrheux. (Obs. XXVII.)

Dans celui de Husson, un cancer du fond de l'utérus avait fait communiquer cet organe avec la vessie et l'intestin. Celui-ci présentait quatre ouvertures, deux siégeant sur l'iléon et deux sur la partie supérieure du rectnm.

Dans ces deux points, l'intestin était interrompu au-dessous de l'ouverture supérieure. (*Bull. de la Société anatom.*, 1834, t. IX, p. 80.)

### Observation XXIII.

M. Husson présente un cas de cancer du fond de l'utérus par suite duquel les communications anormales se sont établies entre l'utérus

et la vessie, ainsi qu'entre l'utérus et le canal intestinal; non seulement il y a une large communication par destruction de la paroi antérieure du rectum, mais encore l'intestin grêle communique avec l'intérieur de la cavité utérine par deux embouchures, l'une afférente, très largement ouverte dans le foyer, l'autre efférente, consistant dans une espèce de petit mamelon arrondi, présentant l'aspect de l'embouchure pharyngienne de la trompe d'Eustache, et au centre duquel on voit une petite fente. La seconde communication, entre l'utérus et le canal intestinal, a lieu à l'extrémité supérieure du rectum dans le lieu où cet intestin se continue avec l'S iliaque. Il y a donc dans le foyer du cancer quatre ouvertures intestinales: les deux ouvertures de l'intestin grêle et celles du gros intestin. Entre les deux ouvertures de chacun des intestins il existait une interruption complète du tube intestinal. Des matières dures, présentant l'aspect de la terre glaise à demi desséchée, existaient dans la portion du côlon située au-dessus de l'S iliaque. L'ancienneté de ces matières, leur quantité considérable, comparée à l'exiguïté de l'orifice intestinal par lequel elles auraient dû passer pour arriver dans le côlon par le bout de l'intestin grêle situé au-dessous de la rupture de cet intestin, attestaient évidemment que les matières contenues dans l'S iliaque y étaient depuis l'époque à laquelle avait eu lieu l'interruption dans la continuité de l'intestin grêle.

Forget trouva dans le petit bassin de sa malade un foyer tapissé par des fausses membranes, rempli d'un détritus purulent au milieu duquel une anse de l'intestin grêle était dégénérée et perforée. Quant au corps de l'utérus, il était complètement détruit, et le col communiquait directement avec ce foyer. (Obs. XVI.)

Dans le fait de Dianoux, l'utérus, plus que triplé de volume, était fixé par des fausses membranes anciennes à la partie supérieure de l'S iliaque du côlon et à la partie moyenne du rectum; l'angle supérieur gauche du corps utérin, vers l'insertion de la trompe, adhérait solidement avec la partie initiale de l'S iliaque; en ce point, il existait une perforation semblable de l'intestin; un peu au-dessous, existait une seconde perforation faisant communiquer la cavité utérine, au moyen d'un court canal constitué par des pseudo-membranes, avec l'inté-

rieur du rectum vers sa partie moyenne ; là se trouvait une perte de substance laissant passer facilement le doigt médius. (Obs. XVII.)

### SIGNES.

Les phénomènes qui annoncent le début de la lésion intestinale varient avec sa cause et son mode de formation. Nous distinguerons donc les fistules consécutives à un étranglement par rupture utérine ou vaginale, de celles qui succèdent à un phlegmon du petit bassin ou à un cancer de l'utérus.

I. — Dans le cas d'étranglement d'une anse intestinale assez étendue pour que le cours des matières soit totalement suspendu, on observe tous les phénomènes de l'étranglement intestinal habituel : douleur vive au siège de l'étranglement, vomissements bilieux, puis stercoraux, souvent d'odeur infecte, lorsque les intestins se gangrènent, constipation opiniâtre, ballonnement du ventre, agitation, face grippée, etc. La mort peut survenir à cette période (quelques heures après le début des accidents ; Percy, — 6 jours, Dunn).

Dans la plupart des cas, les phénomènes d'étranglement persistent, mais avec moins d'intensité, pendant plusieurs jours (2 jours, Jones,—3 jours, Heine,—4 jours, Gussenbauer,— 5 jours, Wood, — 6 jours, Casamayor, — 8 jours, Mac Keever, Roux). Pendant ce temps, il s'écoule par le vagin des lochies fétides, gangréneuses, les injections ramènent des tissus sphacélés ; les intestins, quand ils sont sortis dans le vagin ou par la vulve, se désorganisent peu à peu, puis, soit spontanément, soit pendant un effort de la malade, l'intestin s'ouvre et une débâcle a lieu par le vagin. Alors les phénomènes d'étranglement cessent et, dans la plupart des cas, l'état général s'améliore : le ballonnement du ventre diminue, les vomissements et le hoquet disparaissent, l'abdomen devient mou, moins sensible, la figure meilleure, etc. Cependant, lorsque les phénomènes inflammatoires concomitants sont très intenses, comme dans le cas de Wood (obs. XXVII), ils peuvent

persister plus ou moins longtemps après la cessation de l'obstruction intestinale et mettre encore la vie en danger.

II. —Lorsque la fistule succède à un phlegmon du petit bassin ou à une pelvi-péritonite, ce sont les symptômes de ces affections qui dominent la scène, en masquant la véritable signification des phénomènes d'obstruction intestinale. A ceux-ci s'ajoutent de la dysurie, allant jusqu'à la rétention d'urine, et un écoulement vaginal fétide, etc. Dans le cas de Scharlau, il n'y eut pas de constipation, mais de la diarrhée ; dans celui d'Ashvell, des alternatives de diarrhée et de constipation. D'autres fois, on constate simplement de la métrite, où le toucher et l'exploration du petit bassin montrent l'utérus entouré d'un tissu dur, produit de l'inflammation. Lorsque les matières fécales se font jour par le vagin, la détente des phénomènes locaux et généraux est loin de s'accuser comme dans les cas de la catégorie précédente. Néanmoins, il y a une sédation plus ou moins marquée, due à la cessation de la rétention des matières. Dans le fait de Morgan, la communication intestino-utérine a été annoncée par de violentes métrorrhagies.

III. — Les fistules consécutives à une grossesse extra-utérine ont été en quelque sorte le dernier terme d'une série d'affections successives : grossesse anormale ; inflammation du kyste fœtal et des parties voisines ; issue de son contenu par le vagin ; ouverture d'une anse intestinale, adhérente à la poche ; passage des matières intestinales dans celle-ci, et, de là, dans le vagin. Les phénomènes antérieurs à la formation de la fistule ont donc été ceux de toutes ces affections ; la participation de l'intestin à la phlegmasie s'est manifestée en outre par de la diarrhée.

IV. — Pour les fistules cancéreuses, pendant une période plus ou moins longue (seize ans, Hufeland), on observe les signes propres au cancer utérin, métrorrhagies, pertes fétides sanieuses, douleurs, etc. ; puis, soit sans symptôme précurseur, soit après une hémorrhagie (Hufeland), on constate l'issue des matières fécales par le vagin.

La fistule une fois constituée, quelle qu'en soit la cause, les phénomènes locaux sont à peu près les mêmes ; les seules différences résident dans les caractères et la quantité des matières qui s'écoulent par le vagin.

Lorsque la fistule siège sur l'iléon, et nous avons vu que ce cas était de beaucoup le plus commun, les matières sont liquides, bilieuses, jaunâtres, renfermant des aliments à demi digérés. D'odeur infecte dans les premiers jours. et tant qu'il reste des tissus sphacélés dans le vagin, elles deviennent à peu près inodores au bout d'un certain temps. Aux matières fécales est mélangé du pus en quantité variable, surtout lorsque les phénomènes inflammatoires ont été très intenses. Dans le cas de Davis, avec ces matières sortirent les os du fœtus passé dans l'abdomen, et des vers intestinaux dans celui de Lambron. Dans ceux de Colman et de Müller, les fécès ne se sont montrées qu'après la sortie des débris du fœtus.

Lorsque la fistule siège sur le côlon, les matières sont plus solides et s'écoulent en moins grande quantité. Dans certains cas même (Forget, Dianoux), il n'en était pas sorti par le vagin pendant la vie, et ce n'est qu'à l'autopsie que la lésion a été découverte.

L'écoulement des matières par le vagin n'est pas continu ; il commence en moyenne deux heures après le repas, parfois une demi-heure, une heure, suivant le siège de la perforation de l'intestin, dure pendant un quart d'heure ou une demi-heure, puis diminue peu à peu.

Quelques auteurs ont étudié avec soin l'influence de certains aliments sur les selles vaginales et en ont tiré des renseignements précieux sur la digestion par l'intestin grêle.

Mac Keever a constaté que les viandes grillées, bœuf, mouton, le pain blanc, une espèce de gâteau fait de fleur de farine, le panais, permettaient à la malade de rester un jour entier sans aller à la garde-robe. Le bouillon de viande donnait une selle au bout de 2 à 3 heures ; le fromage, le lait sucré, les œufs, 6 à 8 heures ; les végétaux sortaient rapidement de l'intestin à demi digérés.

Les constatations faites sur la malade de M. Verneuil sont à peu près les mêmes.

La viande est en grande partie digérée; il est vrai que la malade la mange généralement peu cuite. Si c'est du bœuf bouilli qu'elle a pris à son repas, on en retrouve quelquefois de petits filaments dans les liquides du vagin. Le lard fait une exception absolue à cette règle ; elle en retrouve, dit-elle, les morceaux tels qu'elle les a mangés.

Le pain, les pâtes alimentaires, le riz, sont digérés.

Les légumes secs ou verts, les pommes de terre, sortent à peu près intacts. La salade et les fruits n'ont subi aucune transformation, on en reconnaît facilement les débris et la couleur.

Généralement, les débris d'aliments sont au milieu d'un liquide jaunâtre, coloré par la bile en jaune-brun, de la consistance d'une purée très claire. Cette coloration change fréquemment : rougeâtre lorsque la malade a mangé de la viande crue ou peu cuite, elle est verdâtre lorsqu'il s'agit de légumes, de purée de pois, etc.

Les matières apparaissaient dans le vagin une heure environ après le commencement du repas ; leur écoulement durait deux heures en moyenne.

Dans le fait de Dahlmann, les matières apparaissaient une demi-heure ou une heure après le repas ; elles étaient colorées en vert par la bile ; l'examen microscopique a montré qu'elles étaient formées de fibres musculaires ou végétales incomplètement digérées.

La nature des selles et le moment de leur apparition ont, du reste, été utilisés plusieurs fois pour établir le diagnostic du siège de la lésion sur l'intestin, comme nous le verrons plus loin.

Le contact incessant des matières fécales avec la muqueuse de l'utérus, du vagin, de la vulve et avec le périnée, détermine une inflammation vive que nous avons décrite au chapitre de l'anatomie pathologique. Ce contact détermine, en outre, dans ces parties excoriées, ulcérées, les douleurs les plus

vives, qui épuisent les malades et contribuent certainement à entretenir l'état fébrile occasionné par l'inflammation des parties internes pendant les premiers jours. Aussi, quelques malades ont-elles succombé à cette période.

L'hyperesthésie du vagin et son rétrécissement, consécutif aux ulcérations dont il est le siège, s'opposent aux explorations nécessaires et même, jusqu'à un certain point, aux injections prescrites dans le but de nettoyer ce canal.

L'anus vaginal une fois constitué, les eschares éliminées et les phénomènes inflammatoires dissipés, l'état général ne tarde pas à s'améliorer, malgré l'écoulement continu des fèces par le vagin. Il en a été ainsi en particulier dans les cas de Mac Keever, Casamayor, Breitzmann, Skinner, Demarquay, Verneuil, Simon. Dans ce dernier cas, la période dangereuse avait duré deux mois. Les malades de Colman, Morgan, Dahlmann avaient maigri considérablement, et l'épuisement était arrivé à ses dernières limites.

Le séjour trop court des aliments, en particulier des boissons, dans l'intestin, fut cause que quelques malades étaient atteintes d'une faim et d'une soif insatiables (Mac Keever, Heine).

La fonction menstruelle a été, en général, gravement atteinte chez nos malades, mais il est probable que les accidents inflammatoires survenus du côté de l'abdomen ont eu le plus d'influence sur cette perturbation. Il s'est parfois écoulé plusieurs mois avant la réapparition des règles. La malade de Bartels attendit huit mois après l'accouchement. Cette femme est un bel exemple de l'influence des opérations sur la menstruation. A deux reprises différentes, les règles ne revenant pas, on se décida à faire l'avivement, puis la suture de la fistule. Deux ou trois jours après, les règles reparurent. Bartels dit avoir observé plusieurs fois ce phénomène.

Chez la malade de M. Verneuil, dès le 10e jour après l'accouchement, il s'est écoulé du sang en quantité modérée; pendant l'année qui a suivi l'apparition de la fistule, la malade a perdu constamment un peu de sang par le vagin.

Presque tous les jours, son linge était taché à la fois par le sang et par les produits de la digestion intestinale. Dans les années qui suivirent, les règles sont redevenues normales.

Une seule malade, atteinte d'anus vaginal, celle de Mac Keever, est devenue enceinte alors que les fèces passaient encore par le vagin. On ne peut que féliciter la femme du résultat, car pendant la grossesse, les modifications apportées par l'utérus dans les rapports des organes du petit bassin furent telles que l'anus vaginal s'oblitéra peu à peu, et qu'après l'accouchement, la malade fut complètement guérie.

Schenck dit aussi qu'une malade atteinte de fistule utéro-intestinale, dont il rapporte l'histoire en quelques lignes, finit par devenir enceinte ; elle mit au monde un enfant vivant, mais on ne sait pas ce que devînt la fistule, pas plus d'ailleurs que la cause qui la produisit. (*Obs. medic. rar. nov.*, etc., vol. I, p. 717. Francfort, 1600.)

## COMPLICATIONS.

Dans la plupart de nos observations, les fistules stercorales étaient des complications d'une affection antérieure, plus ou moins ancienne : grossesse extra-utérine, rupture utérine ou vaginale, phlegmon du petit bassin, cancer de l'utérus. Nous avons même vu que, dans le fait de Simon, l'anus anormal était survenu à la suite d'une cautérisation trop intense d'une fistule vésico-vaginale.

Mais il est survenu dans certains cas, en même temps que la fistule stercorale ou après elle, d'autres accidents qui la compliquaient, non seulement au point de vue des phénomènes, de la gravité actuelle de l'affection, mais aussi pour l'avenir, en ce sens que ces accidents étaient des obstacles à la guérison, soit spontanée, soit thérapeutique, de la fistule intestinale.

En première ligne, viennent les *fistules vésico-vaginales*, signalées dans les cas de Kiwisch, Mac Keever, Dahlmann,

Simon et Bartels (observations II, XXVI, XXXVI, XXXVII et XLI).

La coïncidence de ces deux genres de lésions est des plus fâcheuses, parce qu'elle augmente singulièrement l'intensité des phénomènes inflammatoires du côté du vagin, de la vulve et du périnée, contribue ainsi à épuiser les forces de la malade, diminue les chances de guérison spontanée, et s'oppose à la guérison après les opérations entreprises dans le but de l'obtenir.

Aussi, nous voyons les malades de Mac Keever et Kiwisch conserver leur fistule vésico-vaginale après la guérison de la fistule stercorale, celle de Bartels ne pouvoir guérir de cette dernière, bien que l'opérateur, pour réunir en sa faveur toutes les chances de réussite, ait opéré les deux fistules à la fois ; enfin celle de Simon mourir d'une péritonite provoquée par les premières tentatives opératoires, faites sur des tissus profondément altérés par l'inflammation antérieure. La malade de Dahlmann seule guérit de ses deux fistules.

Les fistules recto-vaginales, qui existaient dans les cas de Thurnam, Dianoux, Favera, Röseler, ont un autre inconvénient, celui d'obcurcir le diagnostic; mais un examen attentif de la cavité vaginale fera bien vite découvrir le véritable état des choses. La part de gravité qu'elles apportent au pronostic de la fistule iléo-vaginale ou utérine est encore assez considérable pour qu'on en fasse mention.

Dans le fait de Thurnam, la malade est morte plutôt de l'affection primitive que des accidents qui l'ont compliquée du côté du vagin; mais l'affaiblissement occasionné par ceux-ci a contribué certainement à l'issue fatale (obs. XVIII).

Les mêmes remarques s'appliquent à la malade de Dianoux, atteinte d'un cancer de l'utérus; cependant ici les matières fécales n'ont fait issue dans le vagin qu'au dernier moment, les trajets fistuleux étant très étroits (obs. XVII).

Chez la malade de Röseler, la fistule recto-vaginale est survenue après la guérison de la fistule colo-utérine, par suite

d'un abcès de la cloison. Elle guérit d'ailleurs spontanément peu de temps après (obs. XIV).

On a trop peu de détails sur le fait de Favera pour pouvoir évaluer l'importance de la fistule recto-vaginale dans ce cas ; on sait seulement que les deux fistules sont survenues en même temps, et que la fistule rectale persistait encore lorsque la fistule iléo-vaginale était guérie (obs. V).

Le prolapsus de la muqueuse vaginale, observé dans quelques cas, n'a constitué une complication sérieuse que dans celui de Max Bartels. L'intestin s'était retourné sur lui-même en doigt de gant par les deux tronçons de l'anus contre nature et formait hors de la vulve une tumeur de 10 centimètres de long sur 8 de large, deux mois après l'accident. Objet de douleurs incessantes pour la malade, cette tumeur gênait en outre considérablement le chirurgien dans ses explorations ; aussi fallut-il en faire la résection avant de savoir exactement le siège et la disposition de l'anus anormal (obs. XLI).

Nous mentionnerons seulement, pour mémoire, les accidents inflammatoires observés du côté du petit bassin et survenus avant la fistule stercorale ou en même temps qu'elle, dans les cas de Percy, Thurnam, Davey, Jones, Scharlau, et qui ont entraîné la mort de la malade. Ils n'ont rien de particulier à l'anus vaginal, non plus que ceux, moins intenses, qui ont été observés dans la plupart des autres cas.

Le maximum des complications de voisinage existait dans le cas de Jennings, où la vessie, l'iléon, le rectum et le vagin communiquaient ensemble, et où la vessie et l'utérus étaient en état de prolapsus très marqué (obs. XXI). La malade survécut cependant une vingtaine d'années à la formation de son cloaque, qui fut probablement suivie de celle du double prolapsus vésical et utérin. Son état local était au-dessus des ressources de l'art, et son état général était si mauvais, que l'avivement et la suture d'une partie des grandes lèvres suffirent pour amener la mort.

La présence d'une poche kystique entre l'intestin et le va-

gin constituait une complication des plus fâcheuses dans les cas de Colman et de Müller. Au danger provenant de l'issue des matières fécales par le vagin s'ajoutait celui que faisait naître l'arrêt de ces matières dans la poche, source constante d'infection pour la malade. L'oblitération de la poche ne pouvait être tentée par le chirurgien, et la seule chose à faire était de la nettoyer le plus souvent possible à l'aide d'injections antiseptiques, jusqu'au moment où le bourgeonnement de sa paroi interne déterminerait sa disparition. Néanmoins, on ne peut se prononcer sur l'efficacité de cette thérapeutique, puisque la malade de Müller, qui y fut soumise, mourut, tandis que celle de Colman, qui fut abandonnée à elle-même, était en voie de guérison quand ce chirurgien publia son observation.

### MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS.

Nous avons indiqué, dans les pages précédentes, les symptômes qui se manifestaient avant ou après la formation de la fistule. A partir de ce moment, les matières fécales s'écoulent par le vagin en quantité et pendant un temps variables, suivant qu'il s'agit d'un anus véritable ou d'une fistule.

Pour l'anus véritable, lorsque la guérison s'effectue spontanément, ou à la suite de quelques cautérisations, au bout d'un certain temps l'orifice se rétrécit, quelques matières passent dans le bout supérieur et sortent par les voies normales. Puis, au fur et à mesure que l'orifice accidentel se rétrécit, la quantité de matières qui s'écoule par le vagin diminue et celle des matières qui sortent par la voie normale augmente proportionnellement jusqu'à ce que la fistule soit entièrement fermée. Pour les fistules utérines ou vaginales, où il s'écoule toujours une quantité plus ou moins grande de fèces par le bout inférieur de l'intestin, cette quantité augmente dès que la fistule commence à se rétrécir, et en même temps l'écoulement vaginal diminue. Ce fait est parfaitement indiqué pour les fistules utérines dans les cas de Rœseler, Lambron, Mor-

gan, Skinner, Einbeck, et pour les fistules vaginales, dans ceux de Breitzmann, Kiwisch, Radfort et Dahlmann.

Ce mode de terminaison s'explique facilement pour les fistules utérines. Lorsque celles-ci sont consécutives à un étranglement intestinal, après rupture utérine dans l'accouchement, l'utérus revenant ensuite sur lui-même, rétrécit peu à peu l'orifice de la fistule, les matières passent de plus en plus dans le bout supérieur, grâce peut-être aussi à la rétraction du mésentère, qui soulève l'éperon, et, au bout de quelques semaines, la fistule se ferme seule (Morgan, Rœseler). Dans le cas de Pennel, la communication intestino-génitale s'est fermée aussitôt après l'expulsion du fœtus hors de la matrice, ce qui nous fait supposer que celle-ci avait été le siège de la rupture.

La malade de Morgan, revue trois ans après, a toujours joui d'une bonne santé depuis sa guérison, sauf parfois des douleurs dans la région du côlon, des irrégularités de la menstruation et une légère diarrhée. Elle accuse quelquefois de la sensibilité à gauche de l'ombilic, au point où la rupture a eu lieu. Elle a eu de fréquents rapports avec son mari, et éprouvé des sensations voluptueuses comme autrefois, mais elle n'a plus eu d'enfants.

### Observation XXIV.

*Accouchement laborieux, version ; constipation opiniâtre ; métrorrhagie au dixième jour ; issue des matières fécales par le vagin au dix-huitième jour ; fistule intestino-utérine ; guérison spontanée un mois après* (1).

Une femme de couleur qui avait eu cinq enfants fut prise, le 20 décembre 1841, des douleurs de l'accouchement, très violentes, et les membranes se rompirent bientôt après. Elle resta dans cet état, avec des douleurs excruciantes, pendant environ vingt-six heures, et soignée par une sage-femme. Un médecin fut alors appelé, qui trouva une présentation de l'épaule ; le bras était en procidence, le fœtus

(1) Morgan. *Western Journ. of med. and Surg.*, décembre 1844, et *American Journ. of med. sciences*, avril 1845, 2e série, t. IX, p. 531.

engagé dans le bassin, fixé solidement par l'utérus ; les douleurs étaient encore très fortes. Le médecin fit une large saignée, prescrivit un calmant, après quoi les douleurs diminuèrent ; il put alors pratiquer la version, et extraire l'enfant par les pieds, quoique avec beaucoup de difficulté.

Après sa délivrance, la malade parut aussi bien que d'habitude, sauf de la constipation, qui durait depuis sept ou huit jours avant l'accouchement.

Trente-six heures après la délivrance, Morgan fut appelé pour voir la malade ; la constipation était opiniâtre, bien qu'on eût fait prendre 9 ou 10 onces d'huile de ricin, et qu'on eût largement usé des lavements stimulants. Il existait en outre une grande sensibilité de l'abdomen, avec distension extrême ; langue chargée, pouls à 120. Les purgatifs n'ayant produit aucun résultat, Morgan prescrivit 2 onces d'huile de ricin avec deux gouttes d'huile de croton et un vésicatoire sur l'abdomen. L'emploi continu de ces cathartiques, du calomel, gomme-gutte, etc., aidés par les lavements, finirent par amener des selles au quatrième jour, après dix ou douze jours de constipation.

Depuis ce moment, il y eut sédation de tous les symptômes alarmants, avec amélioration marquée de l'état général, bien que l'utérus demeurât plus élevé que normalement, très dur, volumineux, et extrêmement sensible à la pression. La malade continua à aller mieux, mais lentement, pendant dix jours environ ; au bout de ce temps, elle fut prise subitement d'une violente hémorrhagie utérine. Morgan fut de nouveau appelé en toute hâte. L'acétate de plomb, l'opium et l'ipécacuanha à l'intérieur, les frictions sur le ventre et les injections astringentes arrêtèrent l'hémorrhagie.

Dès qu'elle fut remise de l'affaiblissement produit par la perte sanguine, son état commença à s'améliorer ; les selles étaient régulières, avec une légère tendance à la diarrhée, qui fut facilement arrêtée toutefois par l'emploi du calomel et de l'opium. Elle resta ainsi pendant sept jours après la cessation de l'hémorrhagie, c'est-à-dire à peu près le dix-huitième jour après l'accouchement, lorsque Morgan fut très surpris d'apprendre qu'elle rendait toutes les matières fécales par le vagin, et rien par l'anus. Il procéda immédiatement à un examen des parties, pensant trouver une communication entre le rectum et le vagin ; mais n'y voyant aucune rupture, il chercha plus loin. Près du fond de l'utérus, à gauche, la malade accusa une grande sensibilité, et en poussant les doigts dans cette région, il découvrit

une large collection de matières fécales. On y introduisit une seringue avec laquelle on retira plusieurs onces de fèces liquides. Celles-ci continuèrent à s'échapper involontairement par le vagin pendant une trentaine de jours ; la malade maigrit considérablement.

Vers la fin de janvier survint un changement favorable. L'issue des matières fécales par l'utérus cessa, la santé et les forces s'améliorèrent graduellement ; il revint de temps en temps quelques douleurs dans la région lésée; en outre, œdème de la face, des pieds et des mains.

Cet accident date maintenant de trois ans. La malade a joui d'une assez bonne santé depuis lors, sauf parfois des douleurs dans la région du côlon, des irrégularités de la menstruation, et une légère diarrhée. Elle accuse quelquefois de la sensibilité à gauche de l'ombilic, au point où la rupture a eu lieu. Elle a eu de fréquents rapports avec son mari, et éprouve des sensations voluptueuses comme autrefois, mais elle n'a plus eu d'enfants, bien qu'elle conçut rapidement avant son affection.

Depuis la guérison, les fèces sont de forme et de couleur ordinaires, sauf sous l'influence de purgatifs ; les selles sont faciles, et ne sont pas plus douloureuses que d'habitude lorsqu'on se purge.

Pendant le temps que les fèces s'écoulaient par le vagin, les seuls médicaments employés furent des toniques et de temps en temps un peu de morphine.

Lorsque la fistule utérine communique avec l'intestin, par suite d'une inflammation qui a fait adhérer latéralement les deux parois utérine et intestinale, il existe certainement, à ce moment, une hypertrophie plus ou moins marquée de l'utérus, causée par l'inflammation à laquelle cet organe a participé. Lorsque l'intensité de l'inflammation diminue, l'hypertrophie utérine diminue également, et l'orifice fistuleux se rétracte comme dans le cas précédent. Comme ici la communication était latérale, il s'écoulait toujours une certaine quantité de fèces dans le bout inférieur de l'intestin, et il n'y avait pas d'éperon qui en gênât la circulation. Aussi la guérison était-elle subordonnée, dans ce cas. à celle de l'inflammation et a-t-elle été plus lente (obs. XII et XXX).

Dans les autres cas de fistule utérine où les phénomènes de

l'étranglement (VII, XX) ou de l'inflammation des organes du petit bassin ont été trop violents (X, XIX) ou trop prolongés (XI, XIII), la mort a été la terminaison de l'affection.

Dans l'observation d'Ashwell, l'affection paraît avoir débuté par une inflammation utérine qui se propagea à l'intestin, et donna lieu à une fistule intestino-utérine assez large pour que les matières pussent y passer parfois en totalité. La malade succomba à un épuisement progressif.

### Observation XXV.

Jeune fille de 19 ans, de constitution strumeuse et pâle. La menstruation a été irrégulière pendant les cinq ou six derniers mois, et il y eut une leucorrhée abondante. Constipation quelquefois, plus souvent diarrhée, et pendant plusieurs jours de suite, il n'y avait pas d'évacuation par l'anus, mais les selles étaient remplacées par le passage de matières fécales par le vagin. En m'informant des premiers symptômes de cette affection, je trouvai que, profondément dans le bas-ventre, et surtout au moment des selles, un mois auparavant, elle avait accusé de violentes douleurs. D'abord, celles-ci ne persistaient pas après la selle; mais au bout de quelque temps elle éprouva une souffrance constante, lancinante, dans la même région. Quelques jours avant ma visite, il survint subitement par le vagin un écoulement dont le caractère singulier et la quantité engagèrent la famille à prendre l'avis de M. Bransby Cooper, puis le mien. En entrant dans la chambre, on me montra une pinte et demie de l'écoulement, que je n'eus pas de difficulté, d'après son odeur et son aspect, à reconnaître comme des matières fécales. La première fois elles étaient sorties subitement et à flots, et souvent dans la suite, elles vinrent de même, et en plus grandes quantités encore, quelquefois plus, quelquefois moins liquides, parfois purulentes, mais toujours fécales, par leur odeur et leur aspect.

Je ne pus examiner qu'une fois l'utérus par le vagin ; la douleur névralgique produite par l'examen dura plusieurs jours. Le col était très sensible au toucher, mais normal dans sa forme, ses dimensions, et la sensation donnée. Le corps de l'utérus était volumineux, mais non induré, et en l'examinant par le rectum, on ne trouva aucun point d'induration, et l'intestin lui-même était entièrement sain. Le

fer, les injections et les bains de siège alunés, un bon régime, le séjour et les bains de mer furent prescrits ; ils ne donnèrent qu'un soulagement temporaire, les forces déclinèrent, et la malade mourut quelques mois après ma première visite. Malheureusement le corps ne fut pas examiné. (Ashwell, *A pratical treatise on the diseases peculiar to women*, London, 1845, p. 520, obs. 80.)

Dans les fistules vaginales, les choses se sont passées tout autrement. Les fistules simples, sans sphacèle appréciable de l'intestin, ont toutes guéri au bout de quelques semaines, soit spontanément (Veit, dix semaines ; Breitzmann, quatre mois ; Kiwisch, quatorze jours; Radfort, non indiqué), soit après quelques cautérisations au nitrate d'argent (Dahlmann).

La malade de Radfort, après sa guérison, devint 4 fois enceinte, mais ne put arriver une seule fois à terme. L'avortement survint 3 fois au 6e mois et une fois au 7e mois. Elle finit par mourir de phthisie pulmonaire.

Deux anus vaginaux véritables, causés par le sphacèle d'une anse considérable d'intestin grêle, ont aussi guéri spontanément. Nous ne savons par quel mécanisme dans le cas de Favera. Dans celui de Mac-Keever, les selles se sont écoulées entièrement par le vagin pendant deux ans. Au bout de ce temps, la malade était enceinte de quelques mois. L'ascension de l'utérus changea-t-elle les rapports réciproques des deux bouts de l'intestin ? Cela est très probable. Quoi qu'il en soit, la malade fut prise de douleurs insupportables, aussi vives que celles de l'accouchement, accompagnées de ténesme, et après avoir souffert ainsi pendant une demi-heure, elle donna issue par les voies naturelles à une grande quantité de fèces noirâtres, poisseuses, ayant à peu près la consistance de boules de cire durcie. Les selles ont eu lieu depuis lors parfois par les deux orifices ; cependant, la quantité qui sortait par le vagin a été en diminuant graduellement pendant les quatre ou cinq derniers mois de la grossesse ; et, aussitôt après l'accouchement, la malade ayant pris deux doses de sel purgatif, constata que les matières avaient passé en entier par les voies naturelles. Voici cette remarquable observation.

### Observation XXVI.

*Rupture du vagin ; issue et étranglement d'environ un mètre et demi d'intestin grêle ; anus vaginal ; fistule vésico-vaginale ; grossesse vingt mois après ; guérison de l'anus vaginal à la fin de la grossesse ; persistance de la fistule vésicale.* (Thomas M. Keever, D. M., *assistant to the Dublin Lying-in Hospital*, observation lue par le Dr Reid, le 2 octobre 1820. *Transactions of the Association of Fellows and Licentiates of the Kings and Queen's College of Physic in Ireland*, t. III, Dublin, 1820, p. 280.)

Mary M..., 26 ans, femme robuste et d'une bonne santé apparente, fut prise des douleurs de l'enfantement vers 6 heures du soir le 29 juillet dernier; elle réclama pour cet accouchement, qui était le second (1), l'aide d'une sage-femme du voisinage. Les douleurs furent d'abord peu intenses et leurs intervalles éloignés; vers le jour, cependant, elles devinrent plus fortes, plus régulières ; alors la sage-femme, espérant terminer rapidement les choses, rompit prématurément les membranes. Cependant, le jour suivant, trouvant qu'elles n'avaient fait que peu de progrès, malgré la fréquence et l'intensité considérable des douleurs, on craignit pour les suites, et on demanda l'aide d'une autre personne. Un médecin fut donc appelé. Celui-ci examina la malade, et trouvant que la tête était encore très haut et les parties externes peu dilatées, lui recommanda d'attendre patiemment les effets ultérieurs des douleurs, ordonna de prendre immédiatement une dose d'huile de ricin, et un lavement dans quatre heures.

Il conseilla à la sage-femme de surveiller les progrès du travail, mais d'intervenir avec la main aussi peu que possible, et de l'envoyer chercher si les circonstances l'exigeaient.

Pendant la journée tout entière (le 30), les douleurs continuèrent ; elles étaient extrêmement violentes, et sans aucune rémission ; la patiente vomit fréquemment et se plaignit par moment de douleurs excruciantes dans le bas des reins. Vers le soir, cependant, les douleurs commencèrent à décroître, et comme la malade était très agitée et intraitable, on pria de nouveau le médecin de venir la voir. A son arrivée (qui n'eut lieu qu'après un temps considérable, vu la grande distance à laquelle il demeurait), les douleurs avaient cessé

(1) Plusieurs années s'étaient écoulées depuis qu'elle avait eu son premier enfant, dont on l'avait délivrée par le crochet, après être restée trois jours en travail.

depuis plusieurs heures; le pouls était rapide et faible; l'estomac rejetait tout, et la malade se plaignait d'une faiblesse et d'un malaise intenses. Après examen, le médecin trouva que les choses n'avaient fait que peu de progrès pendant son absence; la tête était restée très haut dans le bassin; les parties externes étaient cependant un peu plus dilatées, et comme l'état de la malade demandait une intervention immédiate, on se détermina à perforer le crâne et à terminer la délivrance par le crochet. L'opération prit deux heures entières, et fut faite enfin avec une extrême difficulté, due en partie au très gros volume de la tête de l'enfant, mais principalement au défaut d'espace dans la cavité du bassin. Pendant tout ce temps la malade fut excessivement impatiente et indocile, et il fallut l'aide de plusieurs femmes pour la maintenir en dehors du lit; cette dernière circonstance doit naturellement avoir aussi contribué à retarder la délivrance. Comme elle était très épuisée par l'opération, on prescrivit une potion calmante, à prendre immédiatement, et un purgatif pour le lendemain matin. On donna des ordres stricts pour la laisser dans un repos aussi complet que possible et ne lui faire prendre que les boissons les plus légères et les plus adoucissantes.

Je sais que pendant cette nuit elle ne se plaignit presque pas, si ce n'est d'une faiblesse générale; elle eut plusieurs heures d'un sommeil rafraîchissant et paraissait aller sous tous les rapports aussi bien que possible. Mais le lendemain matin, pendant qu'une des personnes qui la soignaient arrangeait son lit, elle remarqua une « substance » d'environ 6 pouces de long, d'aspect lisse et luisant, et qui pendait des parties, et, supposant que c'était seulement une portion des membranes qui était restée après l'issue du placenta, elle se contenta de passer un chiffon à travers l'anse qu'elle formait par sa descente, espérant que dans quelques heures les efforts de la nature suffiraient à la faire sortir. Le purgatif que la malade prit, suivant l'ordonnance, occasionna de violentes coliques, mais n'amena aucune évacuation.

Mardi, 1er août, elle ne se plaignit que d'une douleur cuisante aux parties externes; il n'y avait ni vomissements, ni faiblesse d'estomac, ni, autant qu'elle put se le rappeler, de douleur ou de sensibilité en aucun point de l'abdomen. Mais, malgré plusieurs purgatifs administrés à forte dose, la constipation était restée opiniâtre depuis l'accouchement.

Le mercredi 2, toute l'attention des personnes qui soignaient la

malade fut de nouveau portée sur ce qu'elles pensaient être une portion des membranes et qui était sortie après la délivrance ; et comme elles étaient fort inquiètes de ne pas la voir se détacher, une d'entre elles se détermina à faire quelques efforts pour l'enlever. Elle employa d'abord dans ce but toute la douceur et toute la prudence possibles, mais voyant qu'elle n'obtenait aucun succès, elle tira imprudemment avec une force croissante, jusqu'à ce qu'enfin les cris et les supplications de l'infortunée patiente l'obligèrent à s'arrêter. Dès ce moment se montra le cortège des plus formidables symptômes ; l'abdomen se tuméfia et devint excessivement douloureux, des vomissements incessants, parfois du hoquet, se manifestèrent, et la malade se plaignit beaucoup d'éprouver dans les deux régions iliaques des douleurs qu'elle qualifie de déchirantes et lacérantes. Cet état continua, avec peu de variation dans les symptômes, jusqu'au vendredi suivant, où je la vis pour la première fois. Il serait difficile de concevoir un tableau plus triste et plus lamentable des misères humaines que celui qu'elle présentait alors ; le ventre était très gonflé et excessivement douloureux, au point de pouvoir à peine supporter le poids des couvertures ; l'estomac rejetait même les aliments les plus légers : la constipation était absolue, le pouls petit, intermittent, frémissant, la figure pâle et extrêmement anxieuse ; bref, tout semblait indiquer que dans peu d'heures au plus tard, la mort mettrait un terme à ses souffrances. En soulevant les couvertures dans le but d'examiner l'état des choses, je trouvai, au lieu de la prétendue membrane, près de 1 mètre et demi (1) d'intestin replié sous elle, noir, d'aspect gangréneux, exhalant une odeur fétide, repoussante. Le cylindre de l'intestin était en beaucoup de points tellement incomplet que le doigt pouvait librement monter et descendre par les fentes.

Dans ce déplorable état de choses, il est à peine besoin de dire que mon pronostic sur cette pauvre femme fut des plus graves. Tenter la réduction d'une manière ou d'une autre, dans les circonstances présentes, aurait été, je pense, non seulement impraticable (vu la sensibilité si prononcée de la région), mais absolument funeste, car elle annulait la seule chance qui, dans ma pensée, devait prolonger la vie, celle d'établir un anus artificiel dans le vagin.

---

(1) Le texte dit « a yard and a half », soit $1^{m},37$, le yard équivalant à 914 millimètres.

Bref, il me paraissait que, sinon dans le but d'apaiser les symptômes alarmants, il n'y avait rien ou peu de chose à faire, et je fus confirmé dans cette opinion par l'avis si éclairé du Dr Labatt, chef actuel du Lying-in-Hospital. La mixture saline ordinaire, avec de petites doses de teinture d'opium, fut en conséquence prescrite, dans le but de calmer l'extrême irritabilité de l'estomac; en outre on lui fit prendre du bouillon de poulet froid comme boisson ordinaire. On y ajouta une pilule contenant trois grains de calomel et un demi-grain d'opium, à prendre toutes les quatre heures. On recommanda de bien envelopper l'abdomen, et on permit un peu de vin de temps en temps. Le samedi 5 août, je trouvai les choses dans l'état suivant : l'abdomen est encore très enflé, mais supporte mieux la pression ; les vomissements et le hoquet ont continué presque sans interruption depuis ma dernière visite; la constipation est absolue, les extrémités froides; la face est affaissée et recouverte d'une sueur froide. La partie procidènte de l'intestin est molle, pâteuse au toucher ; elle est plus ridée, et au lieu d'être noire, comme la première fois que je la vis, elle a un aspect sale, comme de la cendre.

On prescrivit de continuer les médicaments susdits, en permettant d'y ajouter, suivant son ardent désir, une cuillerée à bouche de bière de temps en temps.

7 août. Comme je m'attendais de jour en jour, je pourrais dire d'heure en heure, à apprendre la mort de cette pauvre femme, je ne fus pas peu satisfait et surpris de trouver, à ma visite, que la partie mortifiée de l'intestin (1) s'était détachée dans le courant de la nuit précédente, et que depuis lors les symptômes alarmants avaient presque entièrement disparu. Les vomissements et le hoquet avaient cessé, le pouls était régulier, assez fort, l'abdomen était tuméfié, mais moins sensible, la figure meilleure, la température des extrémités normale. Environ une heure après la chute de l'intestin mortifié, il y eut une décharge abondante de matières fécales par le vagin : c'était la première évacuation alvine depuis l'accouchement. La prescription fut de continuer les pilules et le bouillon de poulet froid, et on montra à la garde à lui faire de temps en temps des injections vaginales avec une décoction de fleurs de camomille.

(1) Elle mesure exactement 3 pieds 11 pouces, et je l'ai en ma possession; les membres de l'Association médicale ont eu l'occasion de l'examiner lorsque je parlai pour la première fois de ce cas remarquable (*Note de l'auteur*).

Vendredi 12 août. L'amélioration a augmenté de jour en jour depuis la dernière visite ; la tension et la sensibilité de l'abdomen ont encore diminué, et les seins sont maintenant distendus par le lait ; pouls normal ; langue nette ; désir de prendre de la nourriture. Les selles continuent à s'écouler *par le vagin*, et la malade se plaint, pour la première fois, de perdre involontairement son urine. Comme la sensibilité encore très grande du vagin empêche de pouvoir s'assurer de l'état de la vessie au moyen du cathéter, on l'engage simplement à porter un bandage en T, avec une grosse éponge molle aux parties externes, pour absorber les matières écoulées. On lui permit de prendre chaque jour une pinte de porter, avec une petite quantité de vin, et on lui recommanda un régime léger et nourrissant, composé en grande partie d'œufs, de thé de bœuf, et de lait.

4 septembre. Abdomen encore tuméfié et sensible, particulièrement au-dessus du pubis, et dans les régions iliaques ; figure meilleure ; sécrétion abondante de lait, forces augmentant de jour en jour ; appétit bon ; mais la malade ne peut prendre qu'une petite quantité de nourriture à la fois, et une heure environ après son repas la faim revient ; les fèces et l'urine continuent à s'écouler involontairement par le vagin ; les selles sont couleur jaune clair, de consistance liquide, et sont entièrement dépourvues d'odeur fécale.

Depuis cette époque elle continua à s'améliorer, avec peu d'interruption jusqu'au 12, où son père m'appela, le matin de très bonne heure, pour me dire qu'elle avait passé une très mauvaise nuit. Il lui était survenu des douleurs excruciantes dans le ventre, et une autre portion d'intestin (me donna-t-il à entendre) avait fait issue. Etant obligé d'aller à quelques milles de la ville, je ne pus la voir que tard dans l'après-midi ; tous les symptômes alarmants avaient alors disparu, et je trouvai un morceau de membrane épaisse, farcie de matière sableuse, d'environ neuf pouces de long sur quatre de large, et qui était sorti. Dès qu'il fut détaché, la malade fut immédiatement soulagée, et elle continua depuis à être aussi peu souffrante qu'on pouvait le désirer, vu la dégoûtante et triste infirmité dont elle était affligée.

Environ une semaine après la rédaction de la précédente note, on donna à cette pauvre femme, grâce à l'obligeance du Dr Labatt, un lit pour quelques nuits dans la salle des convalescents de Lying-in Hospital, où les hommes les plus éminents du corps médical purent la voir. Elle était capable à cette époque de s'asseoir et de se prome-

ser, sans la moindre douleur ni le plus petit malaise, et sa santé et ses forces s'améliorèrent rapidement (1).

Pendant les trois années qui se sont écoulées depuis que la relation précédente fut communiquée au monde médical, cette malade est venue me consulter plusieurs fois, et comme son histoire ultérieure présente quelques faits de nature à intéresser, aux points de vue pathologique et physiologique à la fois, je vais rendre compte brièvement de l'état de sa santé jusqu'à l'époque actuelle.

D'abord, l'état général s'est beaucoup amélioré sous tous les rapports; la malade a engraissé considérablement, sa complexion est plus florissante et sa vigueur corporelle si augmentée, qu'elle peut marcher l'espace de 10 ou 12 milles sans inconvénient. La surface du corps est aussi devenue plus ronde, plus convexe, ou, pour employer une expression commune, plus potelée, ce qui indique évidemment le dépôt d'une quantité considérable de tissu adipeux sous les téguments. Son appétit, surtout pour le régime animal, continue à être plus grand qu'avant sa couche; elle est encore, cependant incapable de prendre autant de nourriture qu'auparavant, bien que la quantité totale d'aliments qu'elle consomme soit augmentée, pense-t-elle, de moitié.

Interrogée sur les aliments qu'elle préfère, elle répond qu'elle se sent plus vigoureuse et plus restaurée par ceux qu'elle conserve le plus longtemps. Tels sont le bœuf grillé, le pain blanc, une espèce de gâteau fait de fleur de farine; lorsqu'elle se nourrit ainsi elle est quelquefois un jour entier sans aller à la garde-robe. Après le bœuf grillé, elle trouve que le mouton rôti lui convient le mieux, puis le veau grillé.

Elle digère très bien le jambon et le lard, mais la graisse de toute espèce de viande occasionne, même en très petite quantité, de l'oppression et du mal de cœur. Il en est de même du beurre, excepté lorsqu'elle en prend très peu. Les aliments salés et savoureux, ou assaisonnés avec les condiments de toute sorte, lui plairaient beaucoup; mais elle trouve qu'ils augmentent la soif; aussi n'en use-t-elle qu'avec réserve; la moutarde et le raifort n'ont pas cependant cet effet. Le bouillon de viande ne lui paraît pas la nourrir beaucoup et elle ne le conserve guère plus de deux ou trois heures; mais le

(1) Ce qui suit est extrait de l'ouvrage de Mac Keever, intitulé : *Practical remarks on laceration of the uterus and vagina*, London, 1824, p. 41.

fromage, le lait sucré, les œufs, lui plaisent remarquablement bien et sont retenus de six à huit heures. Les produits végétaux de presque toutes les sortes, mais en particulier les navets, les choux et les pommes de terre, ne peuvent être mangés qu'avec de grandes précautions; elle dit qu'ils la remplissent de gaz, et qu'ils sortent rapidement de l'intestin à demi digérés; mais, ce qui est un peu singulier, elle prétend que les pommes mûres et le panais sont conservés presque aussi longtemps que le bœuf grillé et le pain blanc.

Son besoin de boire est très grand; sa soif est en effet si pressante que, pour me servir de sa propre expression, elle voudrait boire toute la journée. Les boissons qui lui plaisent le mieux sont le thé, le lait, mais, par-dessus tout, l'eau pure. Les liqueurs, le porter et la bière, déterminent, même en petites quantités, de la flatulence et de l'acidité; ils augmentent aussi, pense-t-elle, considérablement la sécrétion urinaire, circonstance qui, vu l'état de la vessie, doit être très gênante.

Comme l'affection de cette femme convenait admirablement à l'étude des propriétés nutritives des différents aliments, je désirais beaucoup poursuivre mes recherches sur cet intéressant sujet; mais malheureusement, ses moyens restreints d'existence, aussi bien que sa mauvaise volonté à se soumettre à des expériences aussi ennuyeuses, ont fait échouer dans une grande mesure mes projets.

Pendant deux ans après sa couche, elle n'a absolument rien rendu par le rectum, le résidu de la nourriture ayant été entièrement expulsé par l'anus artificiel formé dans le vagin. Mais vers la fin de cette période elle fut prise de douleurs insupportables, aussi vives que celles de l'accouchement, accompagnées de ténesme, et après avoir souffert ainsi pendant environ une demi-heure, elle donna issue par les voies naturelles à une grande quantité de fèces noirâtres, poisseuses, ayant à peu près la consistance de boules de cire durcie. Les selles ont eu lieu depuis lors parfois par les deux orifices; cependant la quantité qui sortait par le vagin a été en diminuant graduellement pendant les quatre ou cinq derniers mois, et il y a environ six semaines, comme j'ai eu depuis l'occasion de l'observer, elle remarqua que l'écoulement par le vagin avait cessé entièrement et que les fèces passaient en totalité par la voie naturelle.

Un fait digne de mention et qui démontre, d'une manière très satisfaisante, l'influence de l'habitude sur nos organes musculaires,

c'est que, pendant un temps considérable après la première selle par le rectum, la malade n'avait aucune action sur son sphincter. Plus tard, toutefois, ce muscle recouvra ses propriétés normales, et elle est maintenant capable de retenir et d'expulser les fèces aussi bien que pendant la première partie de son existence.

Pendant plus de dix-huit mois la menstruation fut régulière et assez abondante; cependant vers le commencement de la présente année elle cessa ; la malade eut des nausées le matin, un sentiment de gêne dans les seins, et d'autres signes de grossesse; mais, sous l'impression de cette idée qu'elle ne pouvait redevenir mère, elle attribua le dérangement de sa santé à son affligeante infirmité, jusqu'à ce qu'enfin son augmentation de volume et les mouvements de l'enfant lui enlevassent tous ses doutes à ce sujet. La marche de la grossesse ne parut exercer aucune altération matérielle sur l'état de sa santé générale; après le troisième ou quatrième mois les nausées cessèrent, et l'appétit reprit sa vivacité ordinaire; d'autre part, son influence sur l'issue des matières fécales par le vagin fut très favorable, car la quantité qui s'en écoulait diminua progressivement au fur et à mesure de l'ascension de l'utérus dans l'abdomen.

Comme je désirais beaucoup que cette pauvre femme, à l'état de laquelle je portais le plus grand intérêt, eût au moment de sa couche les soins que l'expérience et l'habileté pouvaient lui procurer, je m'arrangeai avec sa famille pour qu'elle prît un logement en ville quelque temps avant l'époque présumée de la parturition. Cependant vers le milieu d'octobre, son mari vint m'apprendre un matin qu'elle avait été prise subitement des douleurs du travail, la nuit précédente, et qu'en moins de deux heures elle avait mis au monde, sans accident, une fille vivante, d'assez petit volume. Le placenta sortit dans l'espace voulu ; en un mot, comme je l'appris plus tard de la sage-femme qui l'avait assistée, on n'observa dans ce cas rien de particulier quant à l'accouchement. Comme elle demeurait à quelque distance de la ville, je ne pus la voir que le lendemain de sa délivrance ; je la trouvai assise sur son lit, et allaitant son enfant. Elle avait alors pris deux doses de sel purgatif, qui opérèrent copieusement; mais à sa grande surprise, et comme on peut le supposer, à sa satisfaction plus grande encore, elle constata que l'écoulement fécal par le vagin qui, comme je l'ai déjà dit, avait été pendant quelque temps en diminuant progressivement, avait entièrement cessé, les selles ayant passé en entier par les voies naturelles. Elle guérit de sa

couche sans le moindre phénomène fâcheux, et environ trois semaines après elle vint à pied chez moi dans le but de chercher un nourrisson. M. Labatt la vit alors.

Désireux de m'assurer de l'état des parties, je la priai de se laisser examiner; mais je ne pus découvrir aucun vestige de l'anus artificiel, ni rien sentir de particulier au toucher, sauf une sorte de nodosité saillante à la partie postérieure du vagin, où je pense que l'orifice avait existé.

Quant à l'état de la vessie, je dois dire qu'on a employé de temps en temps une foule d'expédients dans le but de remédier à la douleur et à la gêne causées par l'écoulement continu de l'urine (et aussi des fèces lorsqu'elles sortaient par le vagin); mais on fut obligé de les abandonner au bout d'un certain temps parce qu'ils irritaient et excoriaient le vagin. Enfin, elle trouva que l'application d'épaisses couches de toile fine sur les parties externes, et fixées par un bandage en T et des bandes élastiques, constituait le meilleur moyen de soulagement.

Les autres anus vaginaux n'ont pas eu une issue aussi heureuse.

Dans les cas de Benivenius, Henricus Ab Heer, Garmann, Thurnam, Jones, la mort est survenue de par la lésion primitive, soit immédiatement, soit en quelques jours. (17, Jones.)

Chez la malade de Wood (obs. XXVII), les matières, après s'être écoulées tantôt par le vagin, tantôt par l'anus, finirent par prendre en grande partie cette dernière voie; néanmoins il persistait encore, sept mois après l'accident, un écoulement fécaloïde par le vagin. L'anus vaginal s'était rétréci de manière à ne plus laisser qu'une fistule, mais sans se fermer complètement.

Dans les autres cas, il n'y eut aucune tendance à la guérison spontanée. Les malades de Casamayor et de Heine n'ont guéri qu'après des opérations longues, douloureuses, ou plusieurs fois répétées, et encore dans ces deux cas les opérées n'ont-elles pas joui longtemps du bénéfice de leur guérison, puisque celle de Casamayor a succombé un mois après à une pleuro-pneumonie intercurrente, et celle de Heine à la tuber-

[illegible] 4 mois après sa sortie de [illegible] deux ans après l'acci-dent [illegible]

Les malades de Barnes et de [illegible] ont été seulement [illegible] traite-ment [illegible] Dans les cas de Barnes et de [illegible] à plusieurs reprises [illegible] par le rec-[illegible] à la chute de [illegible] De guerre lasse, la malade de Barnes abandonna la partie. Celle de Gus-[illegible] près de deux [illegible] chirurgien. [illegible] M. le Dr Plucker, alors [illegible] professeur à [illegible] patiente ne [illegible] clinique chirurgi-cale [illegible] définitive. »

[illegible] la mort dans les cas de [illegible] dans le premier cas, [illegible] ouverture intes-tinale [illegible] parce qu'une tentative [illegible] suraiguë; dans le [illegible] épuisée au moment de l'opération.

Dans [illegible] de la fistule, subor-donnée [illegible] utérine, a toujours été la [illegible] l'apparition de l'écoule-ment [illegible] ou même avant (Forget, [illegible]).

(*A suivre.*)

# REVUE DE LA PRESSE

## CLINIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Necker. — M. le professeur Trélat.*

## FISTULES GÉNITO-VULVAIRES (1).

Je désire vous entretenir aujourd'hui de deux malades atteintes toutes deux, et d'une manière différente, d'une variété rare de fistules génito-urinaires ; leur histoire, fort instructive à tous égards, est surtout intéressante lorsqu'on se place au point de vue des considérations de médecine opératoire qui sont applicables à leur infirmité.

Notre première malade est une femme de vingt-deux ans, grosse et grasse, offrant tous les caractères extérieurs d'une santé florissante, qui, l'année dernière, devint enceinte pour la premiere fois, et accoucha au mois de février dernier d'un enfant mort-né. L'accouchement fut pénible et lent, et les suites de couche furent des plus sérieuses, puisque, nous dit la malade, elle dut garder le lit trois mois. Parmi les symptômes qui la frappèrent pendant ces trois mois, elle attire surtout notre attention sur les deux suivants : quinze jours après sa délivrance, elle constatait sur toutes les surfaces de son corps une éruption confluente caractéristique qui, disons-le de suite, était de nature syphilitique, et trois ou quatre jours après cette éruption, elle s'apercevait que ses urines coulaient par le vagin.

Lorsqu'elle quitta le lit, elle était bien loin d'être guérie, et c'est ainsi que le 23 juin elle vint nous trouver. Sa situation à ce moment, était véritablement horrible. Ses organes génitaux étaient littéralement couverts de plaques muqueuses dans l'interstice desquelles venaient s'épancher et stagner

(1) Extrait de la *Semaine médicale*, 25 janvier 1882.

l'urine qui sortait toujours par le vagin ; il s'échappait du mélange de cette urine décomposée, et du liquide secrété par les plaques muqueuses, une odeur d'une fétidité repoussante. Il va sans dire que notre premier soin fut de traiter ces plaques muqueuses par des bains simples, des bains de sublimé, des lotions locales, un traitement spécifique, etc.

Peu de temps après, notre malade étant dans un état relativement satisfaisant, nous pûmes pratiquer un premier examen des organes génitaux internes, faire quelques recherches préliminaires. Nous constatâmes immédiatement ce premier fait, que l'urèthre était imperméable à quatre centimètres de son embouchure, et que le vagin était occupé par une bride cicatricielle assez étendue ; c'était derrière cette bride que se trouvait la fistule par laquelle s'échappait l'urine. Notre diagnostic provisoire fut alors fistule vésico-vaginale assez étendue, urèthre oblitéré par une cicatrice large et épaisse.

Comme à cette époque, qui correspondait au moment des vacances, le vagin, la vulve, l'urèthre étaient encore rouges, enflammés, douloureux, nous arrêtâmes là nos investigations, nous proposant de laisser la malade au traitement médical encore pendant deux ou trois mois.

Les vacances finies, la malade se trouvait, en effet, suffisamment améliorée pour qu'on pût s'occuper d'elle, et je renouvelai mon examen. Une première difficulté s'offrit à nous : c'était cette cicatrice dont je viens de vous parler, qui formait une bride transversale, rétrécissant le vagin au point de rendre impossible l'exploration des parties situées en arrière d'elle.

Il fallait, avant tout, remédier aux inconvénients résultant de la présence de cette bride ; pour cela, je l'incisai dans toute sa hauteur et je fis dilater journellement le vagin, à l'aide de boules calibrées spécialement destinées à cet usage. Ce premier temps opératoire présenta quelques difficultés, mais enfin, nous arrivâmes au but que nous nous proposions, et, le 9 décembre dernier, il nous fut possible de compléter nos premiers examens.

L'examen au spéculum nous fit voir l'incision que j'avais faite, aplatie, écartée, présentant une large brèche, par laquelle nous pouvions plonger le regard jusqu'à la fistule. Nous fûmes immédiatement frappés de ce fait, que la perte de substance que nous supposions considérable se présentait, au contraire, sous l'aspect d'un petit orifice de la grosseur d'une plume d'oie, entouré d'une auréole rouge, enflammée. Quant à l'urèthre, nous pûmes constater à nouveau son imperforation.

En présence de ces particularités, je songeai immédiatement à un cas analogue presenté à la Société de chirurgie, il y a quelque vingt ans, par l'un de nos confères de province les plus distingués, M. le docteur Duboué, de Pau. La malade de M. Duboué avait eu, à la suite d'un accouchement, une eschare ayant déterminé une large fistule vésico-vaginale, et le travail de cicatrisation qui suivit la chute de l'eschare avait oblitéré l'urèthre dans sa partie profonde. Pour remédier à cette oblitération, M. Duboué imagina un petit appareil fort ingénieux composé de deux branches parrallèles, et mobiles l'une sur l'autre. Une de ces branches, munie d'une cupule, était introduite par le vagin et la fistule de façon à ce que la cupule corresponde exactement à la portion vésicale du cul-de-sac uréthral; la seconde branche, à extrémité mousse, était introduite par l'urèthre et venait presser le fond du cul-de-sac contre la cupule de la première branche. Cette pression, cet écrasement continué deux ou trois jours, ouvrit le cul-de-sac, rétablit ainsi la perméabilité de l'urèthre, et le chirurgien se trouva dès lors en présence d'une fistule vésico-vaginale ordinaire.

Je pensais à imiter la conduite de M. Duboué, lorsque je constatai un phénomène très important qui établissait une différence capitale entre nos deux malades. Ma malade, en effet, conservait ses urines, non seulement quand elle était couchée, ce qui est assez fréquent à la suite des fistules vésico-vaginales, mais même quand elle était debout; elle urinait à volonté, ainsi que nous en eûmes la démonstration en l'en-

gageant à faire des efforts de miction pendant l'examen au spéculum.

Dès lors, il n'y avait aucun doute à avoir ; l'eschare produite par le passage de la tête fœtale avait sectionné l'urèthre au delà du col vésical et celui-ci avait été respecté. C'est là un cas extrêmement rare, tellement rare que je n'en connais pas du même genre.

Quoi qu'il en soit, voici la conduite que je vais tenir :

J'aviverai le pourtour de l'orifice vésical avec le plus grand soin afin de ménager le sphincter vésical, dont la présence est, pour la malade, une circonstance des plus heureuses. J'aviverai ensuite la partie qui correspond au cul-de-sac uréthral, en ayant soin d'enlever, chemin faisant, la paroi qui ferme ce cul-de sac et qui est la cause de l'imperforation uréthrale. J'obtiendrai ainsi deux surfaces avivées, de forme circulaire, et tangeantes dans une certaine étendue. Je passerai alors un cathéter dans l'urèthre et la vessie et j'appliquerai l'une sur l'autre les deux surfaces cruentées, en me servant de leur partie tangeante comme charnière. Il ne me restera plus qu'à maintenir les tissus dans cette position au moyen de sutures à points séparés analogues à la suture de Lembert pour l'intestin.

Cette opération réussira-t-elle ? Je n'en sais rien ; mais ce qui est certain, c'est qu'elle est rationnelle, qu'elle peut réussir, et que, s'il en est ainsi, elle rendra un service signalé à la malade. Par contre, si elle échoue, l'état de cette femme ne sera nullement modifié, grâce à la précaution que j'aurai prise de ménager le col vésical, et comme je ne me sens pas disposé à renouveler ma tentative, je renverrai alors la malade en me bornant à lui conseiller certains moyens palliatifs ; ils atténueront, je l'espère, d'une manière très suffisante, les inconvénients résultant de cette infirmité qui, quelque désagréable qu'elle soit, est, en somme, bien loin d'être aussi gênante que la véritable fistule vésico-vaginale.

Notre seconde malade est non moins intéressante, et plus riche d'espérance de succès.

C'est une grosse femme vigoureuse de vingt-sept ans, mariée depuis quatre ans et demi, et qui a accouché pour la première fois en 1878 d'un enfant mort-né. Depuis cette époque, elle a eu une fausse couche et est accouchée deux fois encore d'un enfant mort-né ; son dernier accouchement est du mois de mars 1882.

Cette sorte d'accouchement d'enfants mort-nés n'est pas une chose normale, et nous avons pensé immédiatement à la possibilité d'une syphilis dont il nous a d'ailleurs été impossible de trouver une trace. C'est là, vous ne l'ignorez pas, la première chose à laquelle il faille songer en pareille circonstance, et l'on connaît des exemples de femmes qui n'ont pu accoucher d'enfants vivants, qu'après l'administration longtemps prolongée d'un traitement antisyphilitique.

Mais ce qui nous intéresse surtout, c'est que tous ces accouchements ont été difficiles, malgré l'absence de tout rétrécissement du côté du bassin. Le dernier accouchement a été particulièrement pénible, l'enfant était volumineux et l'on a dû appliquer le forceps. Neuf jours après cet accouchement, la malade s'est aperçue qu'elle rendait l'urine goutte à goutte par le vagin, et cet écoulement persiste encore à l'heure actuelle. Il se produit surtout lorsque la malade est debout. Les règles sont revenues au bout de deux mois, et depuis elles se sont montrées régulièrement.

La malade entra à l'hôpital le 4 novembre, environ six mois après son accouchement. Son vagin était rouge, douloureux, et je me bornai, pour le moment, à un examen superficiel qui me révéla ce fait de la plus haute importance, qu'un cathéter, introduit dans la vessie par l'urèthre, pouvait arriver au contact avec un hystéromètre introduit dans la cavité utérine. C'était donc une fistule vésico-utérine, avec conservation de la perméabilité de l'urèthre. A quelle hauteur se trouvait l'orifice utérin ? Etait-il dans le cavité utérine ou dans le col ? Nous n'en savions rien encore.

Je laissai reposer la malade quelques jours, puis je renouvelai mon exploration à l'aide des deux cathéters. Cette fois,

je ne pus obtenir le contact, mais j'obtins un renseignement identique à celui qu'il aurait pu me fournir en faisant une injection de lait par l'urèthre, et en constatant, au moyen du spéculum, que ce liquide sortait par l'orifice utérin. Mon premier diagnostic se trouvait donc confirmé par ce mode d'exploration, qui me révéla une autre particularité très importante, à savoir que la vessie était restée dilatable, malgré l'impossibilité où se trouvait la malade de conserver ses urines. En effet, lorsque l'on oblitérait l'orifice du col, en même temps que l'on faisait l'injection, le liquide s'accumulait dans la vessie, d'où il s'échappait en jet, aussitôt que l'on cessait l'occlusion utérine.

Toutefois, nous continuions à rester indécis relativement au siège exact de la fistule. Afin de nous fixer à cet égard, je commençai par dilater l'urèthre à l'aide du dilatateur de Busch, qui n'est autre qu'un instrument formé de trois branches parallèles, susceptibles de s'écarter après leur introduction dans l'urèthre. L'urèthre dilaté, j'introduisis l'index gauche dans la vessie, tandis que mon index droit pénétrait dans l'utérus. Les deux extrémités de ces doigts ne tardèrent pas à se rencontrer, et, par de légers mouvements, j'arrivai à me rendre un compte très exact de l'état anatomique des parties. La fistule, allongée dans le sens transversal, pouvait avoir 6 à 7 millimètres de hauteur et 12 à 14 millimètres de longueur ; elle siégeait environ à 2 centimètres au-dessus du museau de tanche, à peu près à la réunion du col et du corps utérins, et l'on pouvait lui donner le nom de fistule hystéro-cervico-vésicale, variété rare de fistule génito-urinaire, moins rare cependant que la variété dont je vous parlais tout à l'heure.

Si j'ajoute que l'orifice anormal pouvait être vu, lorsqu'on abaissait fortement en les écartant les deux lèvres du col, je vous aurai fait connaître tous les détails que j'ai pu constater sur notre malade et qui vont servir de base pour la solution de la question thérapeutique qu'il me reste maintenant à examiner.

On a proposé contre ces fistules deux méthodes qui comportent trois procédés.

Les anciens chirurgiens n'avaient qu'une manière de guérir ces malades, c'est la méthode préconisée et employée par Jobert de Lamballe et qui consiste à fermer l'orifice externe de l'utérus en avivant les lèvres de son col et réunissant au moyen de points de suture. Cette opération a été désignée en Allemagne sous le nom d'hystéro-kleisis ; je me contenterai de la désigner sous le nom de suture du col. Elle donne un bon résultat, en ce sens que l'urine ne sort plus de l'utérus et qu'elle est maintenue dans la vessie absolument comme cela avait lieu pour le lait injecté, lorsque nous bouchions le museau de tanche. La guérison est complète, en ce sens que l'infirmité dont se plaint la malade disparaît, mais cette guérison offre des inconvénients sérieux dont il y a lieu de tenir compte.

C'est d'abord la stérilité absolue, définitive de la femme ; en second lieu, à l'époque des règles, le sang qui doit s'écouler par l'urèthre en même temps que l'urine, éprouve des difficultés pour passer dans la vessie, et il en résulte des coliques épouvantables, surtout lorsque, comme chez notre malade, la fistule est petite. Peut-être me direz-vous que chez la femme la mieux conformée l'orifice utérin est toujours petit, plus petit même que notre fistule, et que cela ne présente pas d'inconvénients. Cette apparente anomalie s'explique facilement ; il suffit de se rappeler que l'orifice normal est dirigé dans le sens de la progression du liquide menstruel, tandis que la fistule est perpendiculaire au sens de ce courant et que les lèvres de la fistule ont quelquefois la plus grande tendance à se recouvrir l'une l'autre de façon à former en quelque sorte soupape.

Mais ce n'est pas tout : il y a un autre inconvénient, plus sérieux peut-être que le précédent ; l'utérus est contractile, même à l'état de vacuité, et par ses contractions incessantes, qui ont leur maximum au moment des règles, il désunit peu à peu et finit par détruire complètement l'adhérence salutaire

obtenue artificiellement entre les lèvres du col. L'opération, dès lors, est à recommencer.

Pour remédier à cet état de choses, on a cherché et on a imaginé deux procédés que comporte la même méthode : l'occlusion directe des lèvres de la fistule.

Nous avons d'abord le procédé d'Emmet. Cet auteur pense qu'à l'origine la fistule est vésico-vagino-utérine, et que c'est par suite du travail de cicatrisation qui suit la chute de l'eschare qu'elle devient vésico-utérine ; en conséquence, la première chose à faire pour guérir cette fistule, c'est d'abord, et avant tout, de la rétablir dans son état primitif. Quoi qu'il en soit de cette théorie, dont je ne veux pas me porter garant, Emmet traite ses fistules vésico-utérines de la manière suivante :

Par une incision verticale, qui part de la fistule et se dirige vers la vulve, il fend, dans sa hauteur, la région vésico-utérine jusqu'au vagin ; puis, les bords de l'incision et de la fistule étant avivés, on les suture, comme lorsqu'il s'agit d'une fistule vésico-vaginale. L'auteur aurait obtenu deux succès grâce à cette opération.

Quel que soit le jugement que l'on porte sur la valeur de ce procédé, que l'auteur lui-même considère comme d'une exécution difficile, je crois qu'il n'est applicable qu'aux cas où l'orifice de la fistule n'est pas trop élevé, qu'il est facilement accessible.

S'il en est autrement, si l'orifice utérin est élevé, les délabrements produits par le premiers temps opératoires seraient par trop étendus.

Comme justement chez notre malade, l'orifice de la fistule est à une assez grande distance du vagin, je n'ai pas songé un seul instant à imiter la conduite du chirurgien américain.

Il y a un autre procédé, plus fréquemment appliqué, qui consiste à saisir chaque lèvre du col avec une pince à griffe, à les attirer toutes les deux en bas, à écarter la cavité cervicale d'une quantité suffisante pour avoir la fistule sous les yeux et aviver ses bords. Cet avivement est délicat, difficile,

parce que le tissu utérin est dur et résistant, il exige beaucoup d'adresse et des instruments spéciaux; lorsqu'on l'a obtenu, on accole les surfaces cruentées à l'aide de sutures implantées dans le tissu utérin. Ce dernier temps de l'opération exige, pour le moins, autant d'adresse et de patience que l'avivement; les aiguilles ont de la peine à pénétrer dans l'utérus, et elles cassent d'autant plus facilement qu'il est difficile de les manier dans l'espace très restreint que l'on a sous les yeux.

Malgré toutes ces difficultés, la chose est possible, et ce procédé compte des succès. Je dois à l'obligeance de mon collègue Budin, qui a bien voulu faire pour moi des recherches à ce sujet dans les recueils allemands, la relation de quatre opérations de cette nature, qui ont été suivies de succès. Ce sont les cas de Simon de Rostock, Spiegelberg, Lossen, Martin.

Je me propose d'employer ce procédé; mais avant de le mettre à exécution, je fendrai le col par deux incisions latérales qui faciliteront l'écartement de ses lèvres. J'imiterai en cela l'exemple de Kaltenbach qui, en agissant de la sorte, a facilité dans une certaine mesure les manœuvres opératoires.

Kaltenbach signale un petit inconvénient résultant de cette manœuvre, c'est l'accolement, puis la cicatrisation précoce de ces incisions préliminaires, et consécutivement une très grande difficulté lorsqu'il s'est agi de retirer le fil à suture. Il fut même obligé d'en laisser un certain nombre en place. J'espère que nous pourrons éviter ce petit inconvénient en faisant les sections latérales quelques jours avant l'opération, et en surveillant la cicatrisation des lèvres de la plaie, de façon à ce qu'elle se fasse isolément.

Il a fallu généralement de cinq à six points de suture pour maintenir au contact les bords avivés de la fistule; j'espère que j'obtiendrai un résultat suffisant avec un nombre moindre. C'est d'ailleurs là une question qui ne peut se résoudre que pendant l'opération.

## CONSIDÉRATIONS CRITIQUES SUR LE MASSAGE UTÉRIN (1)

Par le Dr **E. Marchal**.

Le massage, depuis longtemps appliqué avec succès dans de nombreuses affections de l'appareil locomoteur, a été, dans les vingt dernières années, introduit à diverses reprises dans la thérapeutique utérine sans y avoir jamais pris pied définitivement. On peut même dire qu'à l'heure actuelle, en France tout au moins, aucun essai de quelque valeur n'est plus tenté dans cette voie. Et cependant c'est chez nous qne l'on trouve les premiers travaux sur le sujet.

Il n'est peut-être pas inutile d'examiner si réellement cette méthode est condamnée en dernier ressort, après mûre expérimentation, de constater quel est l'état de la question à l'étranger, et de voir s'il n'y a pas lieu d'y trouver un encouragement à de nouveaux essais.

Nous nous garderons d'entrer dans la description technique des procédés de massage en général dont la nomenclature un peu bizarre comprend l'effleurage, le pétrissage, les frictions, le foulage, etc. Nous nous efforcerons également de ne point nous égarer trop longtemps dans ce court aperçu parmi les théories, qui ont pour but d'expliquer le mode d'action du massage tel que nous le voyons appliquer à diverses régions du corps. Sur ce point, quelques indications bien limitées au massage de l'appareil utérin suffiront à notre tâche, sans même que nous ayons la prétention de conclure en pareil matière.

Un Suédois, absolument étranger aux sciences médicales, Brandt. fit les premières applications méthodiques du massage à l'utérus et à ses annexes, et en décrivit les procédés et les indications tels qu'il les comprenait. C'est dire que cette thérapeutique se présentait sous des auspices peu favorables. Des élèves de Brandt et des imitateurs, pour la plupart plus compétents que lui, modifièrent les pratiques de Brandt dans un esprit plus scientifique. Leurs travaux reçurent quelque publicité, notamment par des discussions qui eurent lieu dans des Sociétés savantes de Suède et par des critiques publiées dans la presse allemande. A Paris, en 1876, Norström, un Suédois également, publia les résutats de sa pratique, en plaidant la cause du massage utérin. Avec quelques observations intéressantes venues d'Amérique, ces in-

(1) Communication faite à la Société de médecine de Paris, séance du 16 juin 1882, et extraite de l'*Union médicale*.

dications éparses constituent à peu près toute la littérature relative au sujet. N'oublions pas cependant de mentionner, à raison de leur priorité, les travaux d'Estradère et de Phélippaux chez nous en 1863 et 1870.

C'est un ensemble de documents assez maigre, on le voit ; encore faut-il en élaguer quantité de détails inutiles ou absurdes.

Nous avons cru profitable d'en résumer les points de vue utiles. En effet, il n'y a pas lieu d'être surpris qu'une forte dose d'ignorance et une moindre de charlatanisme, dont diverses publications portent le cachet, n'aient puissament contribué à faire écarter la pratique du massage sans grand examen. .Une autre circonstance lui est également fort défavorable : il s'agit ici d'une habileté manuelle à acquérir par le praticien, ou d'un dressage de l'auxilliaire chargé du massage : il s'agit d'une dépense de force beaucoup plus considérable qu'il ne semble tout d'abord, enfin d'une perte de temps également très sérieuse. Si l'on tient compte de ce que toute expérimentation entraîne de difficultés en outre de celles que l'on peut rencontrer de la part des malades, on est *a priori* tenté d'admettre qu'il se pourrait que la défaveur, et même l'oubli dont le massage utérin est l'objet, ne sont pas dus à des considérations d'ordre scientifique résultant de la critique théorique ou de l'expérimentation,

*Nous n'entendons nullement en induire que la méthode est utile, pratique, mais simplement qu'elle est à examiner, à expérimenter, et la recherche que nous faisons ne saurait nous suggérer d'autres conclusions.*

Qu'il nous soit permis cependant, avant de résumer ce qui nous paraît mériter l'expérimentation, de rappeler en quelques mots ce qui constitue à vrai dire l'élément charlatanesque de la méthode, afin de faire bien sentir la défaveur qui a dû nécessairement rejaillir sur des procédés scientifiques dont le grand inconvénient est de rappeler de semblables pratiques. Un élève de Brandt, Nissen, rendit compte en 1875, devant la Société médicale de Christiania, des procédés employés. Voici ce qu'on y trouve notamment : On commence par une gymnastique générale, mouvement du dos et des extrémités supérieures pour décongestionner l'utérus, ou des extrémités inférieures et de la région hypogastrique pour amener au contraire le sang vers l'utérus, suivants les besoins. Puis on passe aux mouvements proprement dits de Brandt. Ce sont essentiellement des pressions sur les nerfs du bassin pour exciter l'activité vitale des parties auxquelles ils se distribuent. Pressions sur le plexus solaire pour exciter ses expan-

sions, les plexus spermatique et hypogastrique inférieurs, pressions sur le génito-crural au-dessus de la symphise pour agir sur ses branches allant au ligament rond, enfin pression tremblotante sur le nerf honteux interne au-dessous de la symphise pour agir sur la musculature du vagin : également pressions tremblotantes sur la paroi du vagin de chaque côté de l'urèthre pour le même motif La description de ces deux dernières pratiques pourrait être remplacée par un mot unique, qui suffirait à caractériser le procédé.

Ces manipulations préalables, suivies d'autres plus rationnelles, telles que l'élévation bi-manuelle de l'utérus et le massage de tout le bassin, sont appliquées à toute sorte d'hypertrophie, subinvolution, métrorrhagie, ovarite, cellulite chronique, tension des ligaments et fibromes. L'auteur attaque également les tumeurs liquides et pense en avoir fait disparaître notament une sorte d'hydropisie des trompes qu'il a fait écouler au de hors, sans danger, parait-il. Il ne connaît pas un cas de prolapsus complet qui n'ait été guéri, et considère que les pessaires sont désormais inutiles. Enfin la méthode de Brandt est appliquée sans danger dans les trois premiers mois de la grossesse et huit semaines après l'accouchement.

Mais nous avons hâte de passer à une pratique moin ssurprenante ; il est bien évident que chacun des cliniciens qui ont fait connaître leurs expériences a employé des procédés différents. Voici comment il nous semble qu'on peut résumer les pratiques de Asp à Helsingfors, celles de Brandt, qui prêtent le moins à la critique, celles de Larkson, en Amérique, que nous trouvons résumées dans un article fort bien fait paru en 1880, et d'autres encore, — un ensemble de procédés enfin, contre lequel des autorités telles que Hégar et Chrobach ne voient pas d'objections au point de vue de l'expérimentation.

Les différentes manipulations comprises sous le nom de massage utérin peuvent se diviser en quatre groupes : celles d'abord qui sont motivées par des lésions dont le siège est facilement accessible de l'extérieur, en même temps que quelque partie du système osseux de la patiente offre une base résistante pour le massage.

Puis nous trouvons les manipulations qui s'adressent à toute la région abdominale inférieure et qui ne constituent, le plus souvent, qu'une opération préliminaire. Dans un troisième groupe, nous rangerons les opérations du massage pratiqué sur l'appareil utérin par la paroi abdominale, et, enfin nous aurons à décrire le massage bi-manuel par le vagin et la paroi abdominale.

Les cas du premier groupe sont généralement des exsudats sous-péritonéaux périnutritiques très superficiels, point mobiles, ou placés dans la paroi abdominale immédiatement au-dessus du ligament de Poupart. Dans un cas, le pubis fournit une base solide et, pour Chrobach, il ne peut être question de reculer devant le massage.

Mais, le plus souvent, on n'aura pas la ressource d'agir d'une manière aussi élémentaire, et c'est alors que l'on aura recours tout d'abord au massage hypogastrique : on vide la vessie et la malade est couchée, le dos sur une surface résistante. Des deux mains, l'opérateur soulève et presse entre la paume et les doigts la peau et les tissus superficiels. Tous les points de la paroi abdominale, jusqu'au niveau de l'ombilic, sont successivement soumis à cette manipulation. Puis on recommence en saisissant les tissus plus profonds et en augmentant de force. Ces sortes de pincements doivent alterner avec des frictions, faites avec la paume et les doigts étendus; le tour dure de cinq à dix minutes; la peau a été préalablement graissée, et l'on procède avec la plus grande délicatesse. Dans bien des cas, en effet la douleur paraît avoir son siège dans les parois; et le massage abolit peu à peu cette sensibilité. Quelquefois, il faut plusieurs séances pour arriver à ce résultat préliminaire; enfin, on obtient ainsi la souplesse nécessaire des parois pour pouvoir ensuite atteindre efficacement l'utérus. Peut-être serait-il avantageux d'appliquer au massage de l'appareil génital de la femme, dans ces deux premières formes, ce procédé recommandé et appliqué par Ziemssen au massage en général, c'est-à-dire d'opérer dans un bain chaud. La douleur est moins accusée et la contraction musculaire moins intense. Il y ajoute même l'action d'une douche chaude dirigée sur la partie à masser. La pression exercée par la douche facilite le travail du masseur, assouplit la peau, et, de plus, attire l'attention du malade qui résiste moins.

Après cette opération préliminaire, on procède, suivant les cas, au massage par la paroi abdominale, ou au massage par la paroi et le vagin simultanément. Lorsqu'il s'agit d'un utérus hypertrophié, dépassant suffisamment le pubis pour pouvoir être saisi entre les doigts sur son fond ou par tout autre point, lorsque la paroi abdominale est très lâche, peu chargée de graisse, les deux mains sont appliquées à plat sur l'abdomen, l'extrémité des doigts dirigée vers le pubis; puis, par une pression courte et continue, l'on cherche à pénétrer dans le petit bassin et à saisir l'utérus, qui est soumis à une sorte de pétris-

sage qui échappe évidemment à toute description générale; il nous semble puéril, en effet, de prescrire, selon l'école de Brandt, de soulever la portion saisie d'un mouvement lent et tremblotant en haut et en avant, et de répéter le mouvement trois fois dans chaque séance.

Si la plupart des cas d'affections utérines ou périutérines dans lesquels on peut juger à propos d'essayer le massage ne nécessitaient d'autres manipulations que celles que nous venons d'indiquer, cette pratique différerait peu de celle du massage, tel qu'il est appliqué dans d'autres affections.

Il n'en est pas ainsi cependant, et le plus souvent il sera nécessaire de recourir au massage par le vagin. Voici comment on peut le pratiquer : l'index et le médius d'une main sont introduits dans le vagin, et leurs extrémités, portées dans le cul-de-sac postérieur, poussent le col en avant plusieurs fois de suite, afin de donner de la mobilité à l'utérus, si nous supposons que c'est cet organe qui doit-être soumis au massage. La main externe est ensuite placée sur l'abdomen, et cherche à saisir l'utérus, les deux doigts de la main interne servant de point fixe. Quand l'organe est bien saisi, on le comprime entre les doigts des deux mains à plusieurs reprises, chaque fois pendant quelques secondes. On alterne avec des mouvements d'élévation de l'organe. Puis on renouvelle des maœuvres analogues, en plaçant cette fois les doigts dans le cul-de-sac antérieur. Il est évident que de telles prescriptions ne peuvent avoir rien de sacramentel, et qu'il s'agit en somme de saisir, le mieux que l'on pourra, le corps utérin entre les deux mains, et d'exercer sur lui des pressions intermittentes ressemblant plus ou moins à un pétrissage. Il ne paraît pas que l'introduction d'un seul doigt dans le vagin permette d'arriver à un résultat utile.

Mentionnons pour mémoire l'introduction des doigts par le rectum recommandée, quand elle est possible, par Jackson. On conçoit que l'on atteindrait ainsi plus aisément les diverses parties de l'utérus ou des indurations périutérines, que l'on pourrait mieux fixer également. Mais à part quelques cas à indications très urgentes, dans lesquels il faudrait avoir avoir recours au chloroforme, cela rentre évidemment dans le domaine de la spéculation. Notons, pour en finir avec ce qui est relatif au procédé, que Asp, à Helsingfors, fait exécuter les différentes manipulations du massage utérin exclusivement par une femme.

Que se propose-t-on par toutes ces manipulations, et comment peut-on concevoir leur action curative? C'est là une question extrêmement complexe, et qu'à notre regret nous ne trouvons traitée d'une manière satisfaisante dans aucun des travaux relatifs au massage utérin. Essayons de résumer les opinions assez confuses qu'ils contiennent.

Le plus souvent, nous voyons que l'on cherche à remédier à l'état d'hyperhémie passive, de stase et d'engorgement des organes, du corps de l'utérus principalement. D'autres fois, ce sont des exsudats que l'on entend faire résorber, des exsudats à tous les états, depuis les liquides collectés, jusqu'aux exsudats entièrement solides. Puis c'est la laxité des tissus à laquelle on cherche à porter remède, en activant la contractilité de la fibre lisse. Enfin, et concuremment avec ces divers effets, on espère le plus souvent améliorer la nutrition, sans doute par une action tonique sur le système nerveux. Dans bien des cas, le but du thérapeutiste est indiqué d'une manière insuffisante et le mode d'action du massage, tel qu'il le conçoit, comporte tout à la fois plusieurs de ces explications. On pourrait également, et ce côté de la question a été assez généralement négligé, admettre que le massage a pour effet de mobiliser l'utérus. Quoi qu'il en soit, et si l'on met à part ce dernier point, on peut ranger les effets possibles du massage sous deux chefs : effets sur la circulation, effets sur l'innervation. De là à mettre en présence deux théories exclusives, une théorie vasculaire et une théorie nerveuse, il n'y a qu'un pas. Nous nous garderons cependant de le franchir, car il nous semble fort probable que les effets utiles du massage sont dus à son action sur l'un et l'autre des deux systèmes vasculaire et nerveux.

En ce qui concerne l'action vasculaire, Chroback nous déclare qu'on ne peut nier que le massage agit puissamment sur la circulation du sang et de la lymphe, et qu'il amène encore de la résorption à où tout le reste échoue. Pour Wagner, son effet est surtout de faciliter et d'augmenter la résorption et d'activer la circulation; le pétrissage fait passer les sucs parenchymateux dans les voies lymphatiques et favorise le résorption des exsudats en dissociant leur parties consistantes; le tissu hyperplasié se trouve écrasé, ses vaisseaux de nouvelle formation extravasent, puis s'oblitèrent, tandis que les divers débris passent dans les voies lymphatiques, immédiatement, ou sous forme de détritus graisseux. Pour Jackson, les diverses pressions et frictions comprises sous le nom de massage dissipent la stase, qui

est l'élément principal des différentes hyperplasies de l'utérus, au moins dans leur première période.

Nous concevons bien que pendant l'opération il doit se produire une sorte de déplétion vasculaire, mais comment devient-elle durable ? La théorie nerveuse pourrait seule ce nous semble en rendre compte. Le même observateur remarque que la stase des vaisseaux de l'utérus, — due dans un grand nombre de cas à des exsudats périutérins gênant la circulation en retour par les vaisseaux utérins qui les traversent, — se trouve atténuée indirectement par la résorption de ces mêmes produits inflammatoires.

Quant à l'action sur le système nerveux, elle intervient certainement dans bien des cas, peut-être dans tous. Il s'agit sans doute moins de la résorption d'exsudats disposés dans les faisceaux nerveux, que de modifications moléculaires dans l'état des fibres nerveuses au sujet desquelles on en est réduit à des hyhothèses. Sans attacher grande importance à l'effet du massage selon le trajet connu des troncs nerveux, tel qu'il est pratiqué avec prédilection par l'école de Brandt, nous reconnaîtrons qu'il est infiniment probable que les effets utiles constatés au point de vue de la nutrition, au point de vue de la contractilité des fibres lisses dans les cas d'atonie et de laxité, sont dus à des actions nerveuses qui donnent aussi l'interprétation la plus plausible de la diminution durable des stases veineuses.

On pourra trouver vague et insuffisante l'explication sommaire que nous venons de donner de l'action du massage. Nous n'y contredisons point, mais de ce que l'action d'un agent curatif est mal expliquée, on ne saurait conclure de son infériorité. L'action du massage utérin n'est, en effet, pas plus connue dans ses effets intimes, que celle de bon nombre d'autres agents très actifs de la thérapeutique utérine, elle est la même que celle du massage des muscles ou des viscères, dont nous pouvons chaque jour constater les effets.

En ce qui concerne les indications l'obscurité est fort grande également. On a fait du massage avec plus ou moins de succès dans presque toutes les affections utérines ou périutérines. Toutefois, d'après ce que nous venons de dire de son action, c'est évidemment dans les diverses formes d'hypertrophie de l'utérus que ce massage paraît le plus applicable. Assurément un très grand nombre, parmi les affections du système génital de la femme, sont accompagnées d'hypertrophie utérine ou bien essentiellement constituées par cette altération.

L'on sait d'ailleurs que tous les traitements imaginables donnent de maigres résultats. Pour G. Thomas, le pronoctic est défavorable en ce qui concerne la guérison complète et, pour Scanzoni, il faut absolument y renoncer quand l'affection est invétérée. C'est à peu près là l'avis de tous les auteurs.

Quelle que soit la cause de l'hyperplasie, il faut essentiellement distinguer entre la phase de stase, ou de congestion, d'hyperplasie cellulaire et celle d'induration. C'est dans la première seule que le massage peut être utilement tenté ; encore faut-il qu'il n'y ait aucun accident aigu, comme nous le rappellerons plus loin.

Tous les praticiens qui ont fait du massage utérin l'on essayé contre l'hypertrophie utérine. Asp a traité 72 cas, parmi lesquels il affirme que les métrites chroniques lui ont donné une grande majorité de succès. Norström, sur 138 cas de métritre chronique, aurait obtenu 43 guérisons et 70 améliorations. Jackson Rures, en enregistrant des succès plus modestes, applique le massage exclusivement au traitement de cette affection.

Notons cependant, en regard de statistiques aussi merveilleuses, que Hégar considère les résultats comme peu favorables, précisément là où on aurait dû s'attendre à les voir bons, c'est-à-dire dans la métrite chronique.

On a fréquemment appliqué le massage à la guérison ou à l'amélioration du prolapsus à ses différents degrés. Brandt l'employait surtout dans ces cas, de même que son élève Faye. Norström donne des statistiques comprenant 10 guérisons sur 12 cas traités. Hégar constate que contre toute prévision c'est dans ces cas que le massage paraît le mieux réussir.

Les noyaux d'induration périutérins ont été moins fréquemment soumis au massage. Cependant, avec les hyperplasies du corps de l'utérus, ce sont là les cas qui offrent les indications les plus nettes Chroback a obtenu des résultats positifs dans des cas de noyaux considérables d'induration extra-péritonéale. Hégar considère les indurations des ligaments larges comme justifiant des essais à tenter avec le massage, en présence surtout du peu de ressources que la thérapeutique offre dans ces cas. Asp se flatte d'avoir obtenu de bons résultats ; enfin, dans la clinique de Howitz, il a été fait dans ces cas un usage fréquent du massage ; les observations seraient toutefois trop peu nombreuses pour fournir une preuve scientifique de l'utilité de la méthode, bien que suffisantes pour encourager les essais.

C'est à ce point de vue que nous nous rallierons, et nous ne doutons pas que tôt ou tard le massage ne soit expérimenté plus largement dans bien des cas de pelvi-péritonite ancienne.

Les déplacements utérins, flexions et versions ont été fréquemment traités par le massage sans que l'on paraisse avoir obtenu grand succès. On s'explique comment on a pu espérer, dans le cas de laxité de divers ligaments, obtenir des effets utiles d'un procédé, qui active évidemment la nutrition, mais on ne peut que blâmer des conseils tels que ceux de Brandt, qui recommande de rompre ou de relâcher des adhérences, même en employant la force. Asp déclare n'avoir rien obtenu dans les cas de déplacement, si ce n'est une amélioration des symptômes.

Des tumeurs solides telles que des fibromes ont également été traitées par le massage. Moins que dans tout autre cas, il paraît ici justifié : on aurait cependant également obtenu une amélioration dans les symptômes.

Il n'est pas jusqu'aux tumeurs liquides qui n'aient été soumises au massage. Il nous semblerait être ici dans le domaine de la fantaisie pure, si nous n'avions l'autorité de Weinwarter, qui affirme avoir obtenu par le massage la diminution d'un kyste de l'ovaire. Comme le fait remarquer Hégar, il s'agit ici d'une résorption partielle d'un résultat transitoire.

Enfin, le massage a été appliqué au traitement de l'hématocèle rétro-utérine. Un seul cas a été publié, et nous entrerons dans quelques détails à ce sujet, malgré le côté audacieux d'une pareille intervention, parce que cette observation se présente sous l'autorité de Fritsch, ayant été accueillie dans le journal qu'il dirige, et qu'elle renferme des points bien étudiés et intéressants. Elle est due au docteur Rounstirn, de San-Francisco. Ce praticien fut appelé en 1880 auprès d'une femme de 27 ans, mariée et mère de deux enfants, qui se plaignait d'un ensemble de symptômes qui, joints au résultat de l'examen, ne laissaient aucun doute sur le diagnostic : hématocèle rétro-utérine, et commencement d'avortement. Cette femme n'ayant pas eu ses règles pendant deux mois, et redoutant une grossesse, après diverses tentatives d'avortement infructueuses, avait eu recours à un bain électrique dans lequel les piles d'une puissante batterie à courant constant furent placées sur le sacrum et à la partie inférieure du vagin, ce qui amena les accidents pour lesquels elle, avait recours au médecin. La malade néglige les prescriptions et fait

des imprudences, d'où recrudescence des symptômes, suivie de l'expulsion d'un fœtus de 2 1/2 centimètres avec enveloppes intactes. Ce point est à noter: non seulement l'électricité peut donc amener l'avortement, mais cet avortement, par dérogation à la règle établie par le docteur Gallard, peut amener l'expulsion des membranes intactes.

Pendant le traitement, la malade fait de nouvelles imprudences suivies de nouvelles crises douloureuses. Le vagin est rempli par la tumeur vaguement fluctuante qui siège dans l'intervalle recto-vaginal, en même temps que la matité et la résistance de l'abdomen s'étendent aux fosses iliaques, et remontent jusqu'à l'ombilic. Traitement approprié, qui amène peu à peu un état de bien-être subjectif. Mais l'exsudat ne diminue pas. Enfin, un mois après la disparition des symptômes aigus, cinquante jours environ après le début des accidents, l'auteur se décide à entreprendre le massage de la tumeur. Deux doigts de la main gauche dans le vagin exercent une légère pression sur la paroi postérieure, qui vient saillir à la vulve, tandis que la main droite, convenablement dressée, procède au pétrissage et à la friction de la tumeur par l'abdomen. Pendant huit jours, cette opération est renouvelée deux fois par jour durant quinze minutes. On constate alors une légère diminution et le massage n'est plus fait qu'une fois par jour. Au bout d'un mois, l'exsudat étant réduit au volume d'une pomme de moyenne grosseur, les règles reparaissent et font interrompre le massage qui, repris ultérieurement, amène bientôt la disparition de la tumeur et la guérison complète.

On peut se demander, ce que l'auteur néglige, si la résorption ne se fût point accomplie spontanément et dans le même temps. On peut également ne voir qu'un heureux hasard dans l'absence d'accidents à la suite du traitement. Il n'en n'est pas moins vrai que le fait est unique, au point de vue de l'étiologie et du traitement, intéressant par conséquent à double titre.

Il paraît que pour provoquer l'avortement, si fréquent aux Etats-Unis, on se sert depuis peu, à San-Francisco, avec préférence et succès, de bains électriques donnés dans un luxueux établissement hydrothérapique. Suivant le désir de la patiente, on place les électrodes sur le sacrum et sur le mont de Vénus, ou la vulve, ou le col, et et on fait passer le courant de 60 très grands éléments de Daniell pendant cinq ou dix minutes. Cette manœuvre paraît très rarement amener des accidents tels que l'hématocèle, car, parmi les praticiens oc-

cupés de San-Francisco qui observent tous de fréquentes suites d'avortements provoqués par cette méthode, aucun n'aurait observé d'hématocèle.

L'auteur cherche à expliquer sa production dans ce cas et écarte avec raison une péritonite préexistante, la patiente ayant joui d'une santé parfaite juqu'aux tentatives d'avortement. Il s'arrête de préférence à l'hypothèse d'une grossesse tubaire outubo-interstitielle, pour laquelle les membranes intactes laissent peu de probabilités cependant. N'est-il pas plus vraisemblable que l'œuf, arrêté un certain temps dans le col et l'obstruant, il a pu s'effectuer par les trompes un reflux du sang provenant de l'hémorrhagie utérine? Quoi qu'il en soit, les poussées hémorrhagiques successives, sous l'influence de diverses imprudences, présentent de l'intérêt et viennent, au moins en partie, exonérer l'aplication de l'électricité des conséquences graves qui l'ont suivie.

Nous ne tirerons pas du fait, sur lequel nous venons de nous étendre, cette conclusion que le massage est à essayer dans l'hématocèle rétro-utérine; bien d'autres cas d'affections utérines ou périutérines présentent des indications plus nettes; mais cela nous amène, en terminant, à dire quelques mots des dangers de la méthode que nous venons de retracer. Il suffit de ne pas les perdre de vue, pour être certain d'obéir à toutes les contre-indications. On a accusé le massage d'amener des hémorrhgies des abcès et des avortements.

Il est tellement évident que le massage doit être proscrit lorsque l'utérus est gravide, que l'on peut tout à fait écarter le danger d'avortement. Il ne saurait, en outre, être question de massage lorsqu'il y a des accidents aigus, de quelque nature qu'ils soient, ou tendance à de semblables accidents. Des douleurs trop vives, ou une réaction notable, devront faire interrompre les manipulations qui, en tout état de cause, seront toujours pratiquées avec la plus grande prudence, que la présence de la période menstruelle devra complètement interdire. Ajoutons, au risque de dire une banalité, qu'il faut proscrire le massage dans tous les cas où il ne peut très vraisemblablement être d'aucune utilité pour la malade, notamment dans les cas si fréquents d'hyperplasie utérine arrivée à sa deuxième période, à l'état d'induration, de sclérose du tissu.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

## AMERICAN GYNECOLOGICAL SOCIETY.

**Hyperesthésie aiguë du péritoine, circonscrite ou diffuse, consécutive aux manipulations et aux opérations de petite chirurgie**, par le Dr SAMUEL C. BUSEY. — L'auteur rapporte le cas d'une dame atteinte de dysménorrhée avec antéflexion de l'utérus chez laquelle il avait appliqué une petite tige de laminaria qui, en se dilatant, causa de telles douleurs à la malade que son mari fut obligé de la lui retirer au bout de quarante minutes. La douleur partait du col et s'irradiait dans tout l'abdomen, qui ne pouvait supporter le contact ni le poids des draps du lit, et même les plus petits bruits lui causaient une impression désagréable. « Le refroidissement des extrémités, la pâleur de la face, les nausées, les vomissements et l'irritabilité de la vessie se manifestèrent en même temps que les symptômes d'hyperesthésie. » On soulagea la malade à l'aide de la chlorodyne et des fomentations chaudes, et le lendemain elle n'éprouvait plus qu'une légère sensation de malaise dans l'hypogastre. La période menstruelle suivante fut tout à fait indolente, contre l'habitude, et survint sans fièvre ni tympanite.

L'auteur décrit ainsi les accès douloureux qui avaient lieu : « La laminaria était la cause provocatrice et le foyer d'irritation était situé tout le long du canal cervico-utérin.

« La pâleur et le refroidissement étaient dus à l'irritation du centre vaso-moteur, les troubles cardiaques et gastriques reconnaissaient pour cause l'irritation du pneumogastrique, les douleurs diffuses et la sensibilité étaient le résultat de l'irritation des filets sensitifs du péritoine. Il est fort possible que cette exaltation de la sensibilité puisse avoir été produite par l'hyperhémie possible dont les capillaires péritonéaux étaient probablement le siège et qui dérivaient ainsi à leur profit le sang des capillaires superficiels dont l'état de vacuité se traduisait par la pâleur des téguments. »

Le Dr CAMPBELL croit que c'est là le premier anneau de la chaîne qui aboutit à l'inflammation. » Il préférerait la dénomination de sensibilité péritonéale.

Le Dr Van de Warker combat également l'expression d'hyperesthésie du péritoine ; toujours il a considéré la sensibilité du péritoine, causée par un traitement gynécologique, comme le début de l'inflammation. Il est convaincu qu'il existe une catégorie bien nette de cas où la douleur dépend simplement d'une névrose, comme par exemple quand, immédiatement après l'introduction d'une tente-éponge ou après des applications faites sur la muqueuse utérine, on voit le pouls devenir filiforme, le corps se couvrir de sueurs froides et visqueuses, en un mot, des symptômes de collapsus, qui disparaissent instantanément après l'administration d'un calmant.

Le Dr Engelmann fait remarquer que l'on ne doit pas désigner une affection simplement par les symptômes manifestés ; il est d'avis qu'il faudrait aller plus loin et remonter à la cause, la dénomination qu'on vient de proposer n'est que la traduction du symptôme, mais ne donne aucune idée de l'état pathologique.

Le Dr Emmet croit que le terme proposé est faux et que l'état dont il est question provient simplement du shock, qui, par la réaction qu'il produit, aboutit à l'inflammation. L'expérience lui a appris que, lorsqu'une inflammation pelvienne avait existé auparavant, la malade était exposée à ce shock et ensuite à la péritonite. Quant au cas du Dr Busey, il le considère plutôt comme relevant de l'hystérie que d'un état inflammatoire.

Le Dr Nœggerath regarde le cas du Dr Busey comme rentrant dans le groupe des névralgies, ce qui est également l'avis du Dr Sims.

**Des ponctions exploratrices de l'abdomen**, par Henry Garrigues. — Ce mémoire a pour objet l'examen microscopique, chimique et histologique des différents liquides pathologiques retirés par la ponction, soit de la cavité abdominale, soit des kystes qu'elle contient. L'auteur cherche à établir un diagnostic d'après l'examen du liquide. Les différentes maladies qu'il a traitées sont : des kystomes myxoïdes proliférants. — Kystes ovariens communs. — Kystes ovariens dermoïdes. — Hydropisie des follicules ou véritables monokystes. — Liquide amniotique. — Hydropisie tubaire. — Kystes de la paroi abdominale. — Kystes de l'ouraque. — Spina bifida. — Hydatides. — Kystes du mésentère. — Kystes de la rate. — Kystes du foie. — Hydronéphrose. — Kystes du rein — Ascite et collections péritonéales enkystées.

L'auteur dit que les cellules granuleuses de l'ovaire sont entière-

ment semblables aux corpuscules hyoïdes décrits par Lebert, et que ce dernier a rencontrées dans le péritoine, la membrane synoviale du genou, dans les abcès par congestion et métastatiques et souvent mélangés à des globules de pus ordinaires dans les épanchements ou les fausses membranes que l'on trouve sur les muqueuses ou les séreuses. Il prétend que c'est John Hughes Bennett qui les a décrits le premier en 1852, comme provenant de l'ovaire et dit que ce sont simplement des noyaux et non pas des cellules, qu'ils sont en état de dégénérescence graisseuse et qu'ils renferment dans l'intérieur des corpuscules très réfringents. Ces éléments, non seulement ne sont pas pathognomoniques des kystes de l'ovaire, mais encore ils ne signifient pas que le liquide examiné provient d'un kyste d'une nature quelconque. Il dit les avoir trouvés dans un kyste du ligament large, dans un kyste suppuré de la paroi abdominale, dans un cancer péritonéal, dans des kystes du rein et du vagin et que dans six kystes ovariens il lui a été impossible d'en trouver aucun. Dans le liquide des kystes ovariens, il n'existe pas d'élément morphologique qui soit pathognomonique de cette affection.

Il conseille de pratiquer des ponctions exploratrices, les considérant comme faisant courir beaucoup moins de risques à la malade que l'ouverture de l'abdomen dans les cas non favorables à l'opération. Toujours la ponction est faite au domicile de la malade, et il faut avoir soin de laisser le trocart plonger pendant cinq minutes dans une solution phéniquée à 5 pour 100. Auparavant, il lave l'abdomen avec de l'eau et du savon, puis avec une solution phéniquée faible; pour éviter l'hémorragie, il introduit la canule lentement et n'emploie généralement qu'une canule de deux millimètres de diamètre. Il recommande de vider entièrement le kyste, excepté cependant dans les cas de kysto-fibromes de l'utérus. Après l'opération, la malade doit garder le lit pendant quatre jours pour éviter les chances de péritonite.

Le Dr Drysdale considère comme un élément de diagnostic important ce fait que, dans le cas de tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, le liquide se coagule immédiatement après la ponction, tandis que dans le cas de kyste ovarien, la coagulation ne se fait que lentement et parfois au bout de plusieurs jours.

Le Dr Léopold Meyer dit qu'il s'est fait à ce sujet une opinion d'après les conversations qu'il a eues avec les médecins de différents pays, et qu'il pense que la ponction devrait être un peu moins répan-

due qu'elle ne l'est et que c'est seulement dans un très petit nombre de cas qu'on est obligé d'y avoir recours pour établir un diagnostic Pour lui, le Dr Garrigues a trop étudié les cas qui relèvent de ce moyen et il lui est arrivé de trouver dans le trocart l'utérus situé en avant de gros vaisseaux sanguins. Les cas justiciables de la ponction sont peu nombreux et exceptionnels et on ne ferait pas courir plus de dangers à la malade en faisant une incision exploratrice sous le spray.

Le Dr Barker cite un cas où Peaslee eut un résultat fatal pour avoir ouvert une veine du mésentère en faisant une ponction.

Le Dr Emmet est absolument opposé à la ponction, parce qu'il a toujours eu quelque accident après cette petite opération. Dans un certain nombre de cas, l'inflammation du sac en a été la conséquence. D'autres fois, la mort est survenue après l'enlèvement d'une très faible quantité de liquide, trois grammes dans un cas.

Le Dr Reeve croit que la ponction ne doit être faite que dans des cas exceptionnels, comme quand on est certain que le kyste est unique et que ses parois sont minces, pour déterminer les caractères du contenu afin de savoir s'il est ovarien ou extra-ovarien.

Le Dr Engelmann fait remarquer que le travail de l'auteur présente un grand intérêt scientifique, mais qu'au point de vue pratique, il ne croit pas au bénéfice que l'on pourrait retirer de la ponction faite simplement pour examiner ce liquide au microscope.

Le Dr Howard rapporte plusieurs cas intéressants pour montrer comment des hommes d'une habileté reconnue pouvaient se tromper en faisant le diagnostic de tumeurs abdominales, même après avoir retiré du liquide et l'avoir examiné. A ce propos, il cite la remarque de Peaslee : « Toutes les fois qu'on fait l'aspiration dans un kyste de l'ovaire, il faut se tenir prêt à faire l'ovariotomie dans les vingt-quatre heures. »

Le Dr Drysdale a fait souvent des ponctions et ne se souvient pas qu'il en soit jamais résulté une issue fatale ; cependant il l'a observée dans la pratique d'autres chirurgiens. Il fait la ponction la malade étant couchée et il retire tout le liquide, car il croit qu'il est dangereux d'en laisser. Chez une femme ponctionnée 52 fois, il n'a trouvé que peu d'adhérence quand il a enlevé la tumeur.

Le Dr Chadwick parle des dangers que coure la malade quand on trouve un liquide purulent et de l'importance d'enlever la tumeur pour éviter à la malade les chances de rupture. Dans un cas, l'autop-

sie lui a révélé les preuves d'une action ulcérative dans la paroi.

Le Dr Nœggerath a envoyé un échantillon de liquide à deux histologistes très compétents qui lui répondirent que ce liquide contenait des corpuscules ovariens. Il l'avait retiré d'un kyste suppuré de la cuisse. Les kystes du ligament large pourraient être formés par le développement du corps de Wolff ou de l'ovaire lui-même, le premier se développant dans la cavité abdominale constituerait un kyste parovarien intra-péritonéal. C'est pourquoi un kyste du ligament large peut contenir du liquide parovarien limpide ou du véritable liquide ovarien. Ainsi, quand on retire du liquide par la ponction, il est impossible de distinguer s'il provient d'un kyste intra ou extra-ovarien.

Il est évident que l'aspiration des tumeurs abdominales est loin d'être inoffensive. Avec des précautions, le chirurgien pourra éviter de laisser couler du liquide dans la cavité péritonéale, mais même avec la plus grande habileté et les plus grands soins, il ne pourra se mettre à l'abri du risque d'ouvrir un vaisseau sanguin. La ponction d'un kyste hydatique, d'une hydronéphrose ou d'un kyste purulent n'est pas non plus inoffensive, bien qu'utile pour le diagnostic. Il peut ne pas y avoir de sang répandu, mais la pénétration du liquide dans l'abdomen est au moins aussi à craindre.

(*Transactions of the American Gynecologic. Society*, 1881.)

Paul Rodet.

---

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

---

**Sur un kyste fœtal provenant d'une grossesse extra-utérine abdominale remontant à cinq ans**, par le Dr Thomas Caraman.

A la fin de 1875, la femme Testu devint enceinte. La grossesse suivit son cours normal. A la fin du neuvième mois quelques coliques apparurent, suivies d'un écoulement séro-muqueux. Les mouvements actifs du fœtus continuèrent jusqu'au onzième mois, puis tout rentra dans le silence et le ventre resta gros. En 1878, à la suite d'un choc sur le côté droit du ventre, un phlegmon de la paroi abdominale se développa; à maturité on l'ouvrit, un flot de pus s'écoula.

Le kyste s'ulcéra et l'on vit sortir de l'eau, puis des parcelles de chair fétide, cordon, placenta, parties molles. Une fistule s'établit.

En décembre 1880, la jeune femme redevint enceinte. L'utérus se développa rapidement, refoulant le kyste à gauche. Voici l'état actuel :

Femme petite, bien conformée. Ventre très gros, surtout à droite. Bourrelets chéloïdiens autour de l'ouverture fistuleuse. A droite, tumeur dure ou kyste fœtal, de 16 centimètres carrés, dépassant en haut de 6 centimètres la ligne ombilico-iliaque et la ligne blanche, s'étendant profondément dans le flanc droit. A la percussion, matité complète, crépitations osseuses fixes. Utérus dévié à gauche, dépassant l'ombilic. Mouvements actifs du fœtus peu marqués; battements du cœur difficiles à entendre.

Au toucher, col de primipare ramolli dans le quart inférieur.

Un stylet introduit dans l'ouverture fistuleuse arrive sur un os du crâne.

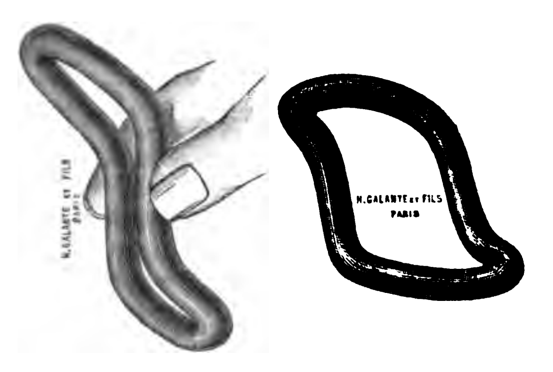
Etant données les conditions déplorables de santé de la malade, la complication d'une nouvelle grossesse, il y a urgence à intervenir. Aidé du Dr Cavé, le Dr Thomas Caraman pratiqua l'opération suivante le 17 juin :

D'abord injection de morphine, puis chloroformisation. Aussitôt endormie, il fit une incision longue de 15 centimètres au-dessus et au-dessous de l'orifice fistuleux ; le kyste fœtal apparut alors grisâtre au fond de l'incision ; très adhérent à la peau et au fascia superficialis. Il essaya sans succès de décoller avec les doigts. Prenant alors la lèvre droite avec une pince, il se mit à la disséquer lentement au-dessous, dans toute sa longueur. Une hémorrhagie se déclara et il fut forcé de saisir toute la paroi en masse avec des pinces hémostatiques pour l'arrêter. Il pansa ensuite la plaie avec de la charpie phéniquée. Quelques jours plus tard il commença à détruire la paroi kystique au moyen du caustique Filhos. Le 15 juillet, les eschares tombèrent, laissant à nu de nombreux os enchevêtrés, et dès le lendemain il commença l'extraction et retira peu à peu la plupart des os du squelette.

Le 2 septembre, la femme Testu accoucha d'un enfant qui mourut quelques heures après sa naissance. Les suites de couches furent normales. La plaie kystique se mit à bourgeonner, et aujourd'hui la plaie est cicatrisée. AD. O.

# VARIÉTÉS

**Présentation d'instrument.** — M. le Dr Dujardin-Beaumetz présente, au nom du Dr Ménière (d'Angers), un nouveau pessaire (sigmoïde élastique) construit sur ses indications par M. Galante.




Cet instrument, qui rappelle par la forme le pessaire rigide de Hodge et par l'élasticité ceux de Mieg et de Dumontpallier, se compose de deux arcs élastiques de même rayon réunis par deux branches parallèles sous deux angles égaux. Le squelette métallique, tout en ressort de montre, est recouvert d'une couche de caoutchouc dont le diamètre varie de 6 à 8 millimètres seulement.

M. Ménière a appliqué une trentaine de ces nouveaux pessaires chez des femmes atteintes de rétroversion utérine, de rétroflexion, d'abaissement, de rectocèle et en retournant l'instrument dans des cas d'antéflexion et de cystocèle, il a pu constater, après deux années d'observations, que son pessaire réunissait tous les avantages des deux sortes de pessaires les plus généralement employées sans en avoir aucun des inconvénients.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

### (GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

*La mère et l'enfant dans les races humaines*, par le Dr CORRE, professeur agrégé à l'Ecole de médecine navale de Brest. Paris, 1882. — O. Doin, éditeur.

*On the operative treatment of extra-uterine pregnancy*, par le Dr MARTIN (de Berlin). Communication faite au Congrès international médical de Londres en 1881.

*Das extra-peritoneale peri-uterine Hämatom*, par le Dr MARTIN, professeur de gynécologie à l'Université de Berlin. In-8 de 50 pages, 1882.

*Epidémic, convulsions*, par YANDELL. Extrait de *The American practitioner*, décembre 1881.

*On ovariotomy. By.* LEITH. Extrait de *The American practitioner*, novembre 1881.

*De la lithotritie rapide*, par RELIQUET. — Delahaye, éditeur. Paris, 1882.

*Obstetric and Gynæcological literature*, 1876-1880, par James R. CHADWICK (de Boston). Extrait de *The Boston medical and surgical Journal*, 8 septembre 1881.

*Ciste dermoide dell'ovaio apertasi per suppurazione nella parete abdominale, Guarigione*, par le Dr Antonino TURRETTO. Extrait du *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1882.

*Erreurs courantes sur la vaccine*, lettre au Dr Carpenter, par P.-A. TAYLOR' membre du Parlement. — Londres, William Young, 114, Victoria Street.

*Statistics of smol pox and vaccination in England.* Extrait de *The Truthseeker*, publié par John Page HOPPS.

*Rupture du cordon dans l'utérus*, par JOHNSTONE. (*British medical Journal*, 22 juillet 1882, p. 131.)

*Sur l'hystérectomie*, par BANTOCK. (*British medical Journal*, 26 août 1882, p. 364.)

*Remarques sur la subinvolution de l'utérus*, par John WILLIAMS. (*British medical Journal*, 2 sept. 1882, p. 405.)

*Traitement rationnel de la ménorrhagie*, par Arthur EDIS. (*British medica Journal*, 2 sept. 1882, p. 409.)

*Le gérant :* A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT.
A. DAVY, Sucr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

# ANNALES
# DE GYNÉCOLOGIE

**Mars 1883**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### DE LA CONCEPTION AU COURS DE L'AMÉNORRHÉE.

**Par le Dr André Petit,**
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

#### INTRODUCTION. — DIVISION DU SUJET.

Ayant eu l'occasion d'observer, pendant notre internat chez notre excellent maître M. le Dr Gallard, un cas remarquable de grossesse survenue pendant une période d'aménorrhée assez prolongée, et notre attention ayant été attirée sur les difficultés que présente parfois dans des cas semblables le diagnostic de la grossesse, nous avons pensé qu'il n'était pas sans intérêt de rechercher comment la conception pouvait se produire chez une femme dont les règles sont supprimées ou n'ont pas

fait encore leur apparition, et, par suite, quels rapports existent entre l'ovulation et la menstruation.

Nous avons pu nous convaincre, par nos recherches sur la matière, que si le sujet de notre travail inaugural n'est pas absolument nouveau, du moins le point spécial que nous avons en vue a été négligé ou éludé dans un grand nombre d'auteurs classiques et n'a inspiré que des travaux originaux bien incomplets et bien pauvres en arguments et en faits de quelque valeur. Il nous semble cependant que c'est là une question qui intéresse à la fois la physiologie, la médecine et l'hygiène, et dont l'importance est d'autant plus marquée qu'elle se rattache plus directement aux grands et difficiles problèmes de la propagation de l'espèce.

Si nous n'avons pas la prétention de croire que notre œuvre, bien imparfaite, puisse venir combler la lacune, toutefois nous espérons qu'elle apportera quelques documents nouveaux dans le débat, et servira, sinon à résoudre le problème, du moins à le poser dans des termes précis et véritablement scientifiques. Nous regrettons, d'ailleurs, que le temps et les circonstances ne nous aient pas permis de réunir un nombre plus considérable d'observations et de dépouiller plus complètement les recueils spéciaux publiés à l'étranger.

Cette étude comprendra trois chapitres : dans le premier, nous traiterons l'historique de la question et nous ferons connaître l'opinion des divers auteurs ; dans le second, nous rapporterons les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, ainsi que nos observations personnelles et nous discuterons la valeur des faits et l'interprétation qu'ils comportent ; enfin, dans un dernier chapitre, nous aborderons un point délicat de la pratique médicale, à savoir la valeur de l'aménorrhée des jeunes filles relativement à l'aptitude au mariage et à la maternité.

## CHAPITRE PREMIER.

### HISTORIQUE. — OPINION DES AUTEURS.

Si nous jetons un rapide coup d'œil sur l'historique de la question qui nous occupe, et si nous recherchons dans les divers auteurs les opinions émises au sujet de la possibilité de la conception chez les femmes aménorrhéiques, nous voyons que le fait en lui-même est nié par *Hippocrate* (1), qui dit avoir constaté que la femme n'est devenue propre à la fécondation qu'après la première apparition des règles, et refuse à toute femme privée du flux menstruel la faculté de devenir enceinte.

*Pline le naturaliste* (2) dit, à propos de la menstruation, que « chez quelques femmes elle ne se montre jamais et que celles-« ci ne peuvent être mères.» Il appuie d'ailleurs cette opinion sur une théorie inexacte à coup sûr (la formation du fœtus par le sang des règles coagulé), mais il reste évident qu'il avait observé la stérilité des femmes aménorrhéiques, et la considérait comme une loi sans exceptions. Dans ses annotations de l'ouvrage de Pline, *G. Cuvier* pense que les femmes qui n'ont pas de règles sont *rarement* fécondes ; il attribue d'autre part l'aménorrhée de la grossesse à ce fait que le *sang superflu* ne peut s'écouler à l'extérieur, parce qu'il sert à la nourriture du fœtus.

Dans son ouvrage *De medica historia*, *Marcellus Donatus* (3) signale comme un fait curieux la possibilité de la conception

---

(1) Œuvres d'Hippocrate. Trad. Littré, t. VIII (*Des femmes stériles*), 1853.

(2) Pline. *Histoire naturelle*, liv. VII. Trad. Ajasson de Grandcassagne, 1829 ; annotations par G. Cuvier.

(3) *Marcelli Donati, De medicâ historia mirabili*, lib. sex., cap. XXIII ; *Proles sine menstruis* (Mantoue, 1586).

chez les femmes aménorrhéiques et en cite plusieurs exemples; l'une des femmes dont il rapporte l'observation a été vue par lui à Mantoue, ville qu'il habitait à cette époque; l'autre cas a été publié par *Victorius Trincavelius*. Nous donnons le texte original de cet intéressant document. « Inter admiranda me- « rito conumerari possunt historiæ quarundam mulierum, quæ « cum nunquam menstruas purgationes habuerint, nihilomi- « nus conceperunt et vitales perfectosque partus in luceme di- « dere... Mulier quædam Montisbani quæ nunquam menstrua « passa fuit et tamen peperit duodecies et liberorum adhuc « nostro tempore multi superstites sunt. Ita scribit Victorius « Trincavelius..... Scimus nos in urbe nostra mulierem fuisse « fortem et audacem, manu promptam, iracundam et petulanti « linguâ et ad coutumelias pronam, quæ jure optimo virago « erat appellata, hæc nunquam menstruas purgationes habuit « et tamen bis peperit, primo masculum, secundo fœmellam, « ambo optimè conformatos et plurima carne præditos, in partu « excrementi menstrui vix tantillum exivit at in puerperio « nihil penitus affluxit. »

On voit que chez cette femme, non seulement il n'y eut point de règles, mais que l'écoulement sanguin de l'accouchement ainsi que les lochies furent très peu abondants. C'est une particularité que nous retrouverons par la suite chez un certain nombre des malades dont nous avons pu recueillir l'observation.

Vers la fin du XVI$^{e}$ siècle, *Laurent Joubert* signalait des faits analogues et appelait en outre l'attention sur la possibilité de la conception chez les femmes aménorrhéiques au cours de la lactation; mais, ainsi que ses prédécesseurs, il n'avait pour but que de publier des faits curieux sans chercher à en donner quelque interprétation physiologique. C'est ainsi que dans un chapitre de son livre sur les *Erreurs populaires* (1) il

(1) Laurent Joubert. *Erreurs populaires touchant la médecine et le régime de santé*, liv. II, chap. I. Rouen, 1601.

discute « si une femme peut concevoir sans avoir eu ses fleurs ». Il rappelle d'abord que « l'on dit communément, à propos des femmes qui n'ont point leurs purgations naturelles et par conséquent ne font point d'enfants, *qui ne fleurit ne graine*, » mais il déclare que le contraire est bien possible et il en rapporte un exemple. « Ainsi, dit-il, j'entends, qu'une dame d'auprès de Toulouse, de complexion joyeuse et gaillarde, a eu dix-huit enfants, que mâles, que femelles, sans avoir eu jamais autre perdement que celui de l'enfantement. Je l'ai appris de M^me^ la maréchale de Montluc, qui dit avoir une voisine de même. »

Plus loin, c'est au sujet des nourrices qui deviennent enceintes de nouveau, au cours de l'allaitement, sans que les règles se soient pour cela montrées, qu'il ajoute : « Il peut aussi advenir que la femme ne lèvera point de gésine qu'elle ne soit rengrossée. Ainsi, elle aura conçu deux fois sans avoir eu ses fleurs, c'est-à-dire versé au dehors le superflu de mois en mois et pourra continuer ainsi toute sa vie, étant toujours ou enceinte, ou nourrice, ou en gésine. »

Vers la même époque (1781), *Themmen* soutenait brillamment devant la Faculté de Leyde une thèse inaugurale (1), dans laquelle on trouve exposée d'une façon remarquable la théorie physiologique de l'ovulation et de la menstruation. Dans un passage sur lequel nous aurons à revenir plus tard, il dit que l'on a observé quelques femmes ayant pu devenir enceintes sans avoir jamais eu leurs mois. Pour sa part, il en a « connu trois : la première était mère d'un garçon et avait eu deux fausses couches ; l'autre avait mis au jour deux garçons et une fille ; la troisième avait eu une fille. » Il se range d'ailleurs à l'opinion de *Van Swieten*, regardant comme stériles les femmes qui n'ont pas par la matrice au moins un écoulement blanc périodique. Nous verrons plus loin, lors-

---

(1) Themmen. « *De mensibus ex materia quadam peculiari ovariis secreta oriundis* ». Leyde., 1781. — Trad. par Chéreau, in *Gaz. hebd.*, 11 juin 1875.

que nous chercherons à donner une interprétation des faits, ce qu'il faut penser de cette théorie.

En 1787, *Stark* en Allemagne rapportait (1) plusieurs observations analogues, mais sans discuter le fait en lui-même. Il faut d'ailleurs reconnaître que les observations qu'il publie manquent de détails cliniques et de précision, ainsi que l'on pourra s'en assurer par la traduction que nous reproduisons textuellement.

### Observation I (de Stark, 1787).

Une femme de 58 ans, veuve depuis 22 ans, eut 5 enfants pendant dix-sept ans de mariage, et pendant tout ce temps elle ne fut jamais réglée.

Jeune fille, elle avait eu ses règles, mais elles ne paraissaient qu'en hiver et jamais en été. Toujours elle s'était trouvée en parfaite santé, sans aucun dérangement. Les six dernières années seulement elle a été malade ; elle a eu des crampes et des attaques d'hystérie.

Les accouchements furent toujours heureux.

### Observation II (du même auteur).

Je puis encore citer l'observation d'une jeune femme bien portante, n'ayant jamais eu ses règles à 26 ans, époque à laquelle elle se maria. Après son mariage, elle devint enceinte et accoucha ; l'enfant fut allaité par elle. Pendant un an, elle ne vit point encore ses règles.

Au bout de ce temps elle redevint enceinte, mais cette fois elle fit une fausse couche et mourut.

Dans son Traité de médecine légale (2), *Capuron* traite la question qui nous occupe à un point de vue spécial, mais four-

---

(1) Stark. *Des grossesses survenues en l'absence de la menstruation.* In *Arch. für die Geburtshülfe.* Iéna, 1787.

(2) Capuron. *La médecine légale relative à l'art des accouchements.* Paris, 1821.

nit des indications très précises sur la possibilité de la conception au cours de l'aménorrhée.

« Quant à ce qui regarde la menstruation, écrit-il, il s'en faut bien qu'elle soit absolument nécessaire et indispensable pour la fécondité; s'il en était ainsi, on ne verrait jamais devenir mères que les femmes sujettes à cette excrétion périodique et toutes les autres seraient nécessairement stériles. Cependant il est de fait qu'on a plusieurs fois observé le contraire : *Brassavole* rapporte avoir connu des paysannes qui n'avaient jamais eu leurs règles, très saines d'ailleurs, et qui avaient eu des enfants; enfin *Stalpart-Van-Derviel* dit avoir vu, à la Haye, la femme d'un tailleur dans le même cas, laquelle accouchait tous les ans, et jouissait d'une parfaite santé.» Il mentionne encore les faits de Laurent Joubert et de Trencavel, que nous avons rapportés, puis il ajoute : « Que penser d'après ces observations de ceux qui veulent refuser la fécondité aux femmes qui ne sont point assujetties à l'écoulement périodique des menstrues ? »

Nous trouvons dans la Physiologie de *Burdach* (1), professeur à l'Université de Kœnigsberg, un passage dans lequel il signale, en peu de mots, la possibilité du fait que nous étudions et qu'il considère comme une rare anomalie : « Comme la menstruation consiste en une exaltation de l'activité des organes génitaux, elle apparaît aussi comme signe et condition de la faculté génératrice chez la femme. Elle et cette faculté sont, généralement parlant, en raison directe l'une de l'autre, et c'est toujours par l'effet d'une exception à la règle générale qu'une femme qui n'a point ses menstrues jouit de la fécondité. »

Dans une séance de la Société médicale de Westminster, le 15 janvier 1839, le Dr *Harrison* (2) demandait à ses collègues

(1) Burdach. *Traité de physiologie*, trad. Jourdan, 1837.
(2) In *Lancet*, 1839.

si aucun des membres de la Société ne connaissait un fait dans lequel une mère de plusieurs enfants n'eût jamais été réglée; pour sa part, il en connaissait un exemple. Il ne donne, du reste, aucun détail plus explicite.

Dans le remarquable mémoire de *Négrier* (d'Angers) (1), si l'on trouve une savante étude de la physiologie de la ponte ovulaire et de son influence sur la menstruation, théorie sur laquelle nous aurons à revenir dans un autre chapitre de ce travail, on ne relève, par contre, qu'une courte allusion au sujet spécial qui nous occupe; il admet comme une très rare exception, signalée par plusieurs auteurs, le fait de la fécondation de femmes qui n'ont jamais été réglées. Il semble même être d'acord avec *Desormeaux* pour « rejeter un certain nombre d'histoires de femmes qui n'ont été réglées que pendant la gestation ». Il pense que les observateurs n'ont peut-être pas apporté dans l'étude de semblables anomalies toute la précision et toute la minutieuse attention indispensables en pareille matière. Cependant il rapporte lui-même une observation (voy. obs. X) de conception chez une femme aménorrhéique, ayant eu pendant les trois premiers mois de sa grossesse un suintement sanguin périodique au niveau des organes génitaux.

Dans un second mémoire publié en 1858 (2), il relate également deux exemples (voy. obs. XI et XII) de fécondation pendant l'aménorrhée de la période de lactation. Il croit, d'ailleurs, que les excitations sexuelles ont, chez les femmes qui allaitent, une grande influence sur la maturation des vésicules ovariennes, car « l'expérience démontre que les nourrices actives et *chastes* restent inféconde sjusqu'à ce que la sécrétion lactée ait perdu son énergie ».

---

(1) Négrier (d'Angers). *Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires dans l'espèce humaine, considérés spécialement sous le rapport de leur influence dans la menstruation*, 1840.

(2) Du même. *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme*, 1858.

En 1842, *Brierre de Boismont* (1), dans son ouvrage sur la menstruation, discute plus complètement la question. Il remarque que si l'on s'en rapporte à l'immense majorité des cas que l'on observe, il ne semblerait pas douteux que la menstruation est le prototype de la parturition, et que la femme n'est apte à concevoir que si elle est réglée; il reconnait cependant que cette proposition a été discutée et, qu'en fait, il existe un certain nombre d'exceptions à la règle qu'on serait tenté d'établir. Ainsi : *Pierre Franck*, à Pavie, a traité une femme, non réglée, et qui a mis au monde trois enfants; chez cette femme, les couches n'étaient pas suivies d'écoulement lochial. *Kahléis* parle d'une femme qui n'eut ses règles qu'après trois grossesses normales; et *Kleemann* a observé une autre femme qui, mariée à 27 ans, ne fut réglée qu'après avoir eu huit enfants: les règles, dans ce cas, continuèrent normales jusqu'à 54 ans.

Brierre de Boismont parle encore de plusieurs jeunes filles devenues mères avant l'apparition première des règles, et menstruées régulièrement après leur grossesse; mais ces faits nous semblent peu probants dans l'espèce, et nous ne tiendrons pas compte d'un certain nombre d'autres observations analogues dans la suite de ce travail. Il nous semble, en effet, que l'on peut admettre, dans des cas semblables, que les rapprochements sexuels ont eu lieu avant la maturation du premier ovule, et que celui-ci a été fécondé lors de la rupture de la vésicule de de Graaf qui le renfermait; on a dès lors affaire à une grossesse dès la première ponte ovarienne et non pas à une conception dans le cours de l'aménorrhée.

C'est ainsi, du reste, que l'a entendu et fort bien exprimé le Dr Godefroy, professeur d'accouchements à l'École préparatoire de médecine de Rennes (1). « Si, dit-il, la plupart des

(1) Brierre de Boismont. *De la menstruation dans ses rapports physiologiques et pathologiques*. Paris, 1842.

(2) Godefroy. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*. Paris, 1869, p. 289.

femmes qui n'ont pas encore été réglées sont stériles, ce qui s'explique facilement par l'absence d'ovules à maturité, puisque c'est la maturité de l'ovule qui détermine la fluxion sanguine de l'appareil génital dont l'écoulement sanguin n'est que la conséquence, cependant on voit assez souvent des jeunes filles devenir enceintes avant d'avoir été menstruées. Dans ce cas, les règles étaient sur le point de paraître, tout l'organisme était disposé pour leur première éruption, un ou plusieurs ovules étaient arrivés à maturité ; aussi après l'accouchement les règles reparaissent comme chez les autres femmes. Ces faits, ajoute Godefroy, prouvent, ce qui est connu depuis longtemps, que l'écoulement menstruel n'est pas le phénomène principal de l'aptitude à la fécondation, qu'il n'est qu'un épiphénomène, et qu'il faut remonter jusqu'à l'ovaire pour trouver la preuve de la puberté confirmée. »

Qu'on nous pardonne cette digression qui vient interrompre l'étude historique que nous avons entreprise, mais il nous a paru qu'il valait mieux dès l'abord nous expliquer sur ce point spécial et faire savoir pourquoi nous éliminions de notre travail tous les faits de grossesse survenue avant l'apparition des règles, lorsque la menstruation *régulière* a suivi l'accouchement.

Brierre de Boismont rapporte également, pour étayer la doctrine qu'il défend, deux intéressantes observations que l'on trouvera plus loin (voy. obs. XVII et XVIII) et qui démontrent d'une façon péremptoire la possibilité de la fécondation de la femme aménorrhéique. Il fait, d'ailleurs, très judicieusement observer qu'il ne faudrait pas conclure de ces faits, à l'exemple de *Roussel* et d'*Emmett*, que la menstruation n'est pas une fonction primordiale de la femme et qu'elle n'est, sans doute, que le résultat de la civilisation empêchant la femme de se livrer au plaisir de l'amour, aussitôt que ce besoin se fait sentir ; il se refuse à admettre que, primitivement, la femme ne devait pas être réglée, ainsi que les femelles des diverses espèces animales. Il voit, au contraire, dans un certain nombre de phénomènes locaux et généraux plus ou moins périodique-

ment présentés par les deux femmes dont il rapporte l'histoire, et sur lesquels nous insisterons plus tard, la preuve d'un effort de la nature pour établir la menstruation, fonction normale de la femme adulte bien constituée. « Ce n'est, dit-il, qu'exceptionnellement que les règles peuvent manquer et la femme concevoir; encore trouve-t-on le plus souvent quelques symptômes d'une ébauche de périodes cataméniales. »

Quoique moins explicite, et peut-être moins frappé de l'importance des faits de cet ordre, *Colombat* (1) mentionne, comme une curieuse anomalie, la grossesse survenant au cours de l'aménorrhée... « Parmi les causes de stérilité, écrit cet auteur, la plus certaine et l'une des plus ordinaires est sans contredit l'*absence* et l'irrégularité de la menstruation. Quoique nous ayons rapporté quelques exemples de femmes qui ont conçu lors même qu'elles n'avaient jamais été réglées, et de quelques autres qui ne l'avaient été que pendant leur grossesse, il n'en résulte pas moins, malgré ces faits extrêmement rares, que l'écoulement menstruel ne soit l'indice le plus sûr de l'aptitude à la conception. » Et plus loin : « La véritable menstruation ne commence qu'à l'époque où la jeune fille peut devenir mère et cesse lorsque la femme perd, avec ses charmes, le privilège de concevoir. La menstruation est donc une fonction physiologique qui caractérise la période où la femme jouit de la faculté reproductive. Celles qui n'éprouvent pas la révolution menstruelle sont rarement fécondes. »

Il relate en peu de mots l'histoire d'une jeune femme non réglée, mariée depuis plusieurs années et qui a mis au monde un enfant bien portant. Il reconnaît d'ailleurs que les annales de la science fournissent plusieurs observations analogues, et que *Rondellet*, *Zacchias* et *Fodéré* ont rapporté des faits semblables.

Pour *Dubois* (2), la menstruation joue un rôle important

---

(1) Colombat. *Traité complet des maladies des femmes et de l'hygiène de leur sexe*. Paris, 1843.

(2) Dubois. *Traité d'accouchements*. Paris, 1819.

dans les *fonctions génitales* de la femme et est entièrement liée à la constitution de ses organes sexuels; cependant, il reconnaît que son phénomène apparent, c'est-à-dire le flux menstruel, peut manquer dans certains cas, sans que pour cela la fécondation devienne impossible. « Le plus souvent, dit-il, les femmes non réglées ont été stériles, mais plusieurs sont devenues mères. Chez la plupart de ces dernières, l'absence des règles a été permanente; elle avait précédé et elle a suivi la fécondation. Chez quelques autres, leur apparition a eu lieu pour la première fois à la suite de plusieurs grossesses. » Il ne cherche d'ailleurs à donner aucune explication de ces faits exceptionnels.

*W. Taylor*, de Philadelphie (1), tout en admettant comme « un fait physiologique reconnu par les médecins, que la conception ne peut avoir lieu avant la menstruation », se voit cependant forcé de convenir qu'il existe quelques cas de femmes qui deviennent mères sans avoir été réglées auparavant. Il pense, d'ailleurs, avec raison selon nous, que dans les observations de ce genre, où la menstruation régulière est signalée après l'accouchement, il ne s'agit réellement pas d'une conception pendant l'aménorrhée. « En effet, dit-il, ces femmes ont conçu au moment où la menstruation allait s'établir, et les règles se sont montrées ensuites régulières après la parturition et l'allaitement. »

Il relate en outre une intéressante observation, dont on trouvera plus loin la traduction (voy. obs. XXIII), relative à un cas, qu'il qualifie « d'exceptionnel dans les Annales de la gynécologie », de grossesse chez une jeune fille non réglée, avec persistance de l'aménorrhée après les couches.

*Churchill* (2), après avoir examiné les diverses causes de

---

(1) W. Taylor. (Philadelphie, 19 août 1852.) Smith *Biddle. Med. Examin.*, 1852.

(2) Fleetwood Churchill. *Traité pratique des maladies des femmes*. Trad. par Alex. Wieland et F. Dubrisay. Paris, 1866.

l'aménorrhée, pose, comme règle générale, que les femmes atteintes même d'aménorrhée simple sont inaptes à concevoir. Il reconnaît cependant que cette règle n'est pas absolue, et qu'on cite quelques rares exemples tendant à l'infirmer, entre autres celui d'une femme qui put être mère de trois enfants sans qu'elle eût jamais été réglée ou qu'il se fût produit chez elle aucun écoulement supplémentaire.

Plus loin, Churchill dit encore que la suppression soudaine des règles doit être considérée comme un obstacle, au moins momentané, à la conception, et qu'il n'y a que de rares exceptions à cette loi.

Pour *Aran* (1), au contraire, les exceptions sont fréquentes, et peut-être va-t-il trop loin, lorsqu'il écrit dans ses leçons cliniques, que des femmes très mal réglées et même qui ne l'ont jamais été ont *souvent* des enfants en plus ou moins grand nombre. Il rapporte d'ailleurs une observation, bien connue, d'une femme aménorrhéique et qui n'a jamais été réglée que pendant ses grossesses.

Nous trouvons, dans l'ouvrage de *Nonat et Linas* (2), une discussion un peu plus complète des faits, mais elle nous paraît, par certains côtés, empreinte d'une naïveté surprenante. Après avoir rappelé qu'il existe dans la science un certain nombre d'observations prouvant que l'absence de la menstruation se concilie parfois avec une conformation normale des organes génitaux et, par suite, selon quelques auteurs, avec l'aptitude à la fécondation, ils croient devoir faire de prudentes réserves. La plupart des faits publiés leur semblent entachés d'une grave erreur, en ce que les auteurs qui les ont recueillis ont confondu l'absence de l'hémorrhagie menstruelle avec l'absence de la fonction de menstruation.

« Il est, en effet, disent-ils, de la plus haute importance

(1) Aran. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1858.

(2) Nonat et Linas. *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1860.

d'établir une distinction complète entre l'absence absolue de l'ovulation et la simple absence ou suppression des menstrues : l'ovulation est une fonction ; le flux menstruel n'est qu'un phénomène extérieur et accessoire de cette fonction. L'hémorrhagie menstruelle peut manquer, alors que tous les autres phénomènes primordiaux et essentiels de la menstruation s'accomplissent.

« Dans ces cas, la fécondation est possible et s'effectue le plus souvent, bien que les femmes n'aient pas leurs règles. Mais *nous ne croyons pas* que la fécondation puisse avoir lieu lorsque, à l'absence des règles, s'ajoute l'absence des autres phénomènes locaux ou généraux de l'ovulation, c'est-à-dire lorsque la fonction principale et nécessaire des ovaires est supprimée. »

Personne n'a jamais eu, que nous sachions, la prétention de prouver le contraire, et si l'on a signalé l'absence des règles dans les diverses observations publiées, on n'a pas cru nécessaire de mentionner que la ponte d'un ovule avait dû néanmoins avoir lieu, le fait se trouvant surabondamment démontré par l'existence même de la grossesse ; aucun auteur n'a songé à admettre la possibilité d'une conception sans la présence d'un ovule fécondé dans l'utérus !

Nonat et Linas pensent d'ailleurs, avec raison, que si le défaut ou la suppression du flux menstruel est compatible parfois avec la fécondation, c'est là, néanmoins, une condition peu favorable à l'accomplissement de cet acte.

Dans une réunion de la Société obstétricale d'Edimbourg, en mars 1820, *James Young* (1) rapporta plusieurs cas de femmes qui, dans l'espace de dix à douze ans, n'ont été réglées qu'une ou deux fois et ont néanmoins donné le jour à six ou huit enfants. Il mentionne particulièrement les deux faits suivants :

---

(1) James Young. *Tr. Edinb. obst. Society* (1869-71), t. II, p. 74, 1872.

OBSERVATION III (de James Young).

1° Mme M... se maria le 10 septembre 1859 ; elle fut réglée dans le courant d'octobre, mais, depuis lors, n'a plus revu ses règles (juin 1870), et a actuellement 6 enfants bien portants.

2° Mme J..., mariée en janvier 1866, n'a eu, depuis lors, ses règles que 3 fois (juin 1870) et a eu 9 enfants, dont 7 sont vivants.

Le Dr Young fait remarquer que, chez ces deux femmes, les règles étaient régulières avant le mariage. Il est d'ailleurs regrettable que le manque de détails sur l'état général et sur l'intégrité plus ou moins complète des organes génitaux enlève à ces deux faits une grande partie de leur valeur.

Dans la même réunion, le *Dr Keiller* fit observer que l'on doit admettre, avec la généralité des auteurs, qu'il peut se produire une ponte ovulaire sans qu'il y ait d'hémorrhagie utérine; il ne donna du reste aucune interprétation du phénomène.

En 1873, *Barker*, dans un travail (1) où il cherche à déterminer jusqu'à quel âge la femme peut concevoir, arrive à conclure que la menstruation n'est pas indispensable pour la conception. Il cite un certain nombre d'exemples de grossesses tardives, et entre autres celui de Sarah, femme d'Abraham, qui devint enceinte à quatre-vingt-dix ans (?). On peut reprocher surtout à l'auteur de ne pas indiquer, dans le plus grand nombre des cas qu'il mentionne, si les règles avaient cessé avant la conception.

Pour *Courty* (2), la ponte ovulaire peut, dans des cas très rares, se produire lorsque la menstruation fait défaut, et il pense que « certaines modifications dans la structure de l'utérus, dans l'activité de sa vie locale, de sa fluxion, de son hyperhémie, de sa contractilité, peuvent s'opposer à l'hémorrhagie

---

(1) In *Philadelph. medic. Times*. 1873.

(2) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus, de l'ovaire et des trompes*, 2e édit., 1872.

utérine, subordonnée à l'ovulation : la conception, dans ces cas, est possible », et il en a observé quelques exemples. C'est ainsi qu'il a vu une femme, mère de plusieurs enfants, qui n'était réglée que pendant ses grossesses. Il rappelle également que *Rondellet*, chancelier de l'Ecole de Montpellier, a connu une femme de Montauban ayant accouché douze fois, sans avoir jamais été réglée, et que *Flechner*, *Barbieri* et *Elséasser* ont observé chacun un cas analogue. (Voy. obs.XIX et VIII.)

« Cependant, dit Courty, il faut convenir que cette absence, dite *physiologique*, des règles est accompagnée le plus souvent d'infécondité. On ne saurait donc, lorsqu'on est consulté pour un cas de ce genre, accompagner de trop de réticences une affirmation qui ne peut se baser sur l'examen complet d'organes inaccessibles à nos investigations. »

Dans son Traité des accouchements, *Cazeaux* (1), tout en subordonnant directement l'hémorrhagie menstruelle au phénomène de la ponte ovulaire périodique, reconnaît que parfois les règles peuvent manquer sans que la marche régulière du travail ovarien soit en rien suspendue ; il en conclut que « se fonder, pour nier l'aptitude à la fécondation, sur la non apparition des règles, serait s'exposer à de nombreuses déceptions. C'est ainsi, dit-il, que l'on trouve dans la science de nombreux exemples de jeunes filles devenues enceintes avant d'avoir eu leurs règles, et de femmes qui ont conçu malgré une suppression qui durait déjà depuis plusieurs mois. »

Le professeur *Saboia* (de Rio de Janeiro) envisage également dans son Traité d'accouchements (2) les rapports de la menstruation avec la fécondation et reconnaît que, s'il est vrai que la menstruation soit l'indice extérieur de l'aptitude aux fonctions de la génération, il ne s'ensuit pas cependant que cette

---

(1) Cazeaux. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*. Paris, 1877.

(2) V. Saboia. *Traité théorique et pratique de la science et de l'art des accouchements*, 1873.

aptitude cesse lorsque les règles viennent à être supprimées. La menstruation, qu'il considère comme un phénomène simplement *concomitant* de l'ovulation, peut, par exception, ne pas se manifester, sans que pour cela la femme devienne toujours stérile. « A l'appui de cette dernière assertion, écrit-il, il ne manque pas de faits relatifs à des femmes qui, n'ayant jamais été réglées, ont pu toutefois concevoir, ou qui, ne l'ayant été qu'à de longs intervalles, sont devenues grosses au milieu de chacun d'eux. »

Il mentionne, d'après le professeur *Feijo*, l'histoire d'une dame chez laquelle la menstruation ne se manifestait que de sept en sept ans, ce qui ne l'empêchait pas de concevoir durant ces diverses périodes, et rappelle que *Everard Home*, *Haller* et *P. Dubois* ont cité quelques observations de femmes qui n'ont été réglées qu'après les premiers accouchements, ou qui, sans l'être, ne continuaient pas moins de concevoir et d'enfanter.

*M. de Sinéty* (1) insiste peu sur les rapports de l'aménorrhée avec la stérilité ; partisan convaincu de la théorie de la *disjonction* entre les phénomènes de l'ovulation et ceux de la menstruation, il ne peut se montrer très surpris qu'une femme non réglée soit apte à concevoir. S'il reconnaît que l'aménorrhée, permanente ou transitoire, est presque toujours en rapport avec une affection plus ou moins grave, il constate aussi qu'elle peut cependant se rencontrer avec un état de santé satisfaisant : il en donne comme preuve deux observations de grossesse survenue dans de semblables conditions.

L'une, due à *Lœvy*, est relative à une femme de 31 ans, ayant accouché six fois, sans avoir jamais eu ses règles, qui débutèrent à cet âge.

L'autre est empruntée à *Beigel* (2). Nous sommes remonté à la source et nous en donnons ici la traduction.

---

(1) De Sinéty. *Manuel pratique de gynécologie*. Paris, 1879.

(2) Beigel. *Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*, t. I. Erlangen, 1874.

OBSERVATION IV (de Beigel, t. I, p. 330).

Nous avons observé des cas où le flux cataménial ne s'est jamais montré, ni avant le mariage, ni pendant la grossesse et la lactation, ni dans les années qui suivirent.

C'est ainsi que nous avons observé une femme, âgée de 37 ans, concevant dans le cours d'une aménorrhée. Mariée à 19 ans, sans jamais avoir été réglée, elle devint enceinte et accoucha, après une grossesse d'une durée normale, d'un enfant en parfaite santé, qu'elle allaita. Au moment où nous la voyons, elle vient de faire un nouvel accouchement sans accidents.

Elle n'a jamais été réglée et cependant elle est pleine de santé et de force.

On rencontre également des indications de même ordre dans divers traités de médecine légale, la question qui nous occupe intéressant le médecin légiste au point de vue des constatations qu'il peut être appelé à faire relativement à l'existence d'une grossesse, à la date de la conception, ou encore dans certains cas de prévention d'avortement. Nous avons déjà signalé l'opinion émise sur la matière par Capuron; nous trouvons également dans l'ouvrage de *Briand et Chaudé* (1) mention de faits analagues. « Bien que, disent ces auteurs, la menstruation soit physiologiquement l'indice de la faculté de concevoir, on a de nombreux exemples de jeunes filles devenues mères avant que cette évacuation périodique se soit manifestée. Il est incontestable aussi que des femme peuvent devenir mères sans avoir jamais été réglées. »

Ils citent le fait de *Casper*, relatif à une paysanne allemande, âgée de 32 ans, non réglée et très bien portante, qui avait eu trois enfants, et celui, rapporté par *Stolz*, d'une femme qui ne fut réglée qu'une seule fois, et qui devint enceinte après plusieurs années de mariage. Elle eut une couche fort pénible.

(1) Briand et Ern. Chaudé. *Manuel complet de médecine légale*. Paris.

« Ces anomalies, disent-ils en terminant, ces caprices de la nature doivent être pris dans certains cas en bien sérieuse considération. »

Dans son Manuel de médecine légale, *Lutaud* (1) insiste sur le même sujet et fait observer que, si parfois les règles se prolongent plus ou moins longtemps après le début de la grossesse, il est aussi des femmes qui conçoivent avant d'être réglées, et d'autres qui deviennent plusieurs fois enceintes sans l'avoir jamais été. Il conclut avec raison que la connaissance de ces faits et des nombreux états pathologiques qui peuvent amener la suppression des règles, doit montrer le peu de valeur qu'on doit accorder à ce signe lorsqu'il s'agit de procéder à une constatation médico-légale de la grossesse.

Nous avons été surpris, on le comprendra, de trouver dans une autre publication postérieure du même auteur (2) cette phrase : « Tant que la suppression des règles ne donne lieu à aucun symptôme morbide et à aucun signe physique, elle n'a pas de gravité, et n'a d'autre inconvénient que de rendre la femme impropre à la fécondation. »

Signalons enfin sur le sujet une leçon clinique de notre excellent maître, *M. Gallard*, recueillie par nous et publiée dans les *Annales de Gynécologie* (mars, 1882). Nous y avons puisé l'idée première de ce travail.

Nous aurions pu citer encore un certain nombre de cas de grossesses survenues chez des femmes n'ayant pas d'hémorrhagie périodique au niveau des organes génitaux, mais présentant des hémorrhagies supplémentaires par diverses voies, c'est-à-dire des règles déviées : Raciborski (3) en rapporte une vingtaine d'exemples. Mais il nous a semblé que ces faits ne rentraient pas logiquement dans notre sujet, et serviraient bien plus à compliquer la question qu'à y répandre quelque

---

(1) Lutaud. *Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale.* Paris, 18[illegible]1, 3e édit.

(2) Du même auteur. *Précis des maladies des femmes.* Paris, 1883.

(3) Raciborski. *Traité de la menstruation.* Paris, 1868.

lumière; on peut d'ailleurs considérer que, dans des cas semblables, il s'agit de femmes *anormalement réglées*, et non pas véritablement aménorrhéiques.

(*A suivre.*)

---

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE

## DES PRÉSENTATIONS DE LA FACE

Comme l'a dit avec juste raison le professeur Tarnier et d'autres maîtres en obstétrique, les présentations de la face se terminent généralement d'une manière spontanée quand on a la patience d'attendre et qu'on se conforme au précepte du professeur Pajot : Savoir ne rien faire. Toutefois les irrégularités dans cette présentation ont parfois des conséquences très graves pour le fœtus et pour la mère quand on temporise trop longtemps. Parmi celles-ci, il faut ranger les positions mento-postérieures dans lesquelles, pour une cause ou pour une autre, le mouvement de rotation ne s'effectue pas et la présentation de la face dans laquelle le front occupe le centre du bassin (variété frontale) ; dans ce cas, la tête se trouve dans une situation intermédiaire entre une présentation du sommet et une présentation franche de la face, et si la conversion en une présentation du sommet ou de la face n'a pas lieu, l'art est souvent obligé d'intervenir, et il en est de même quand la face est inclinée sur un de ses côtés par suite d'une déviation de l'utérus, ou lorsqu'il existe un rétrécissement du bassin. Les observations suivantes, dans lesquelles nous avons été obligé d'intervenir, en sont des exemples.

Dans le courant du mois d'août 1882, nous fûmes mandé, vers 11 heures du matin, par un confrère, pour lui prêter notre concours dans un accouchement laborieux. Il s'agissait d'une femme de 21 ans, primipare, arrivée à terme, qui était en travail depuis trente-six

heures. Le diamètre sacro-sous-pubien était rétréci et ne mesurait que 8 centimètres 3/4 ; néanmoins il n'y avait pas, chez cette femme. de traces visibles de rachitisme, ni déviation de la colonne vertébrale. Le ventre était en besace et l'utérus en antéversion.

La sage-femme qui était chargée d'assister la parturiente dans son accouchement, avait pu constater, après la dilatation du col et la rupture des membranes, une présentation de la face, variété frontale ; le menton était tourné à gauche et en arrière ; les bruits du cœur fœtal s'entendaient à droite, le dos et les fesses regardaient du même côté et en avant.

Les douleurs, qui d'abord avaient été vives et rapprochées jusque dans la nuit, s'étaient ralenties dans la matinée et avaient perdu peu à peu de leur énergie. Cette sage-femme, devinant alors qu'il existait un obstacle à l'accouchement, fit appeler un médecin qui, après s'être rendu compte de la situation, tenta successivement deux applications de forceps dans le but de ramener le menton en avant sous l'arcade du pubis, mais il ne put y parvenir. Pendant ces tentatives, une procidence du cordon s'était produite et une anse faisait saillie en avant et à gauche. A notre arrivée, l'enfant avait cessé de vivre ; le cordon était froid et ne laissait plus sentir de battements et les bruits du cœur du fœtus avaient disparu, ce que nous pûmes constater par l'auscultation. La main droite, introduite dans les parties génitales, fait constater la présence du front au-dessus du détroit supérieur derrière le pubis ; le menton est en arrière, au devant de la symphise sacro-iliaque gauche, sur un plan aussi élevé que le front ; la face, qui est tuméfiée, est serrée par le col de l'utérus qui l'étreint assez fortement. Nous reconnaissons alors que l'angle sacro-vertébral fait une saillie plus considérable que d'habitude. Le résultat de cet examen était conforme à ce qui nous avait été indiqué. Le liquide amniotique s'était en grande partie écoulé, et l'utérus contracté s'appliquait assez fortement sur le corps du fœtus. Dans l'espèce, il ne fallait pas songer à convertir la présentation de la face en une présentation du sommet. L'occiput posté en avant faisait une saillie trop considérable au-dessus du pubis pour pouvoir être ramené en bas ; d'un autre côté, la version podalique était impossible; en la tentant, on risquait de produire des désordres, soit du côté de l'utérus, soit du côté du vagin. Néanmoins, avant d'avoir recours aux moyens extrêmes, nous tentâmes de refouler un peu le front en haut et de faire descendre le menton dans l'excavation, avec l'espoir de

faire exécuter à celui-ci son mouvement de rotation et de le ramener en avant derrière le pubis. Nos tentatives furent infructueuses, d'autant plus qu'il existait un rétrécissement modéré, il est vrai, mais suffisant pour tenir la tête immobile dans la position qu'elle occupait.

Il ne nous restait plus, comme moyen de terminer l'accouchement, que la perforation du crâne et la céphalotripsie; elles furent pratiquées sans retard, afin de ménager les forces de la malade qui commençaient à s'épuiser et lui laisser quelques chances de survivre à l'opération.

La craniotomie fut pratiquée avec assez de facilité sur le front du du fœtus avec les ciseaux de Smellie en ayant soin d'attirer la partie antérieure du col derrière le pubis afin de la mettre à l'abri d'une blessure. Le céphalotribe Tarnier, que nous préférons aux autres à cause de sa légèreté et aussi parce qu'il tient mieux les parties saisies, fut ensuite introduit et articulé facilement. Mais comme l'occiput faisait une forte saillie au-dessus du pubis, nous avions fait relever l'abdomen par un aide et nous portâmes les branches de l'instrument aussi en arrière que possible. Nous ne pûmes, néanmoins, saisir que la face et une partie du front qui furent seuls écrasés. Il s'écoula peu de matière cérébrale, des tractions légères et lentes permirent de faire descendre la tête et de la placer transversalement. Nous désarticulâmes et retirâmes l'instrument, afin de bien reconnaître l'état des parties. Une seconde application du céphalotribe, la concavité des cuillers tourné à gauche, nous permit de briser la base du crâne et les bases pariétales; une grande quantité de substance cérébrale s'écoula au dehors et la réduction de la bile nous permit d'extraire sans difficulté le fœtus sans traction violente.

La délivrance se fit naturellement, sans grande perte de sang. Le périnée était resté intact; nous administrâmes 60 centigrammes d'ergot de seigle, la matrice revint bientôt sur elle-même; une potion tonique, donnée dans la journée, ranima la malade qui était fort épuisée par la longueur du travail.

La nuit se passa sans sommeil, mais aussi sans accident hémorrhagique.

Le lendemain, nous trouvons le ventre sensible à la pression vers la région hypogastrique. L'utérus est volumineux et remonte au-dessus de l'ombilic. Il y a de la céphalalgie. Pouls à 108, température

peu élevée. Les urines n'étaient pas rendues volontairement; nous pratiquons le cathétérisme. Cataplasme laudanisé sur le ventre, bouillon, lait de poule.

Les jours suivants furent marqués par de la fièvre, de la soif, de la céphalalgie, sans nausées ni vomissements, plus de ballonnement du ventre. Emission volontaire de l'urine. Moins de douleurs de l'abdomen. Le sulfate de quinine associé à la teinture d'aconit amena une diminution de la fièvre, et la malade, au bout de dix jours, fut assez bien remise pour se lever pendant quelques heures. Elle put prendre quelques aliments, et son rétablissement fut complet au bout de dix-huit jours.

Les présentations de la face ne sont pas rares; dans la grande majorité des cas elles se terminent d'une façon satisfaisante par les seules forces de la nature. Néanmoins, elles donnent quelquefois lieu à de grandes difficultés et peuvent être alors considérées comme une des plus sérieuses complications de l'accouchement. La position de la face au mento-iliaque gauche postérieur est assez rare; elle donne le plus souvent lieu à des difficultés sérieuses à cause du défaut de rotation du menton, surtout lorsqu'il y a, comme dans le cas présent, un rétrécissement du bassin et une antéversion de l'utérus; ici les diverses manœuvres indiquées pour assurer la rotation antérieure du menton avaient échoué. La version podalique était impossible à exécuter. Que fallait-il faire pour terminer l'accouchement? Une seule ressource se présentait à nous, il fallait diminuer le volume de la tête de l'enfant qui avait cessé de vivre, par la craniotomie et la céphalotripsie, ressource extrême à laquelle, heureusement, on est rarement forcé d'avoir recours, car elle présente toujours des difficultés quelquefois même insurmontables. Dans le cas présent, nous avons jugé utile d'agir lentement et de briser la tête en deux temps, afin de ménager les parties génitales de la femme, éviter le choc qui résulte des tractions énergiques et prolongées que l'on est obligé de faire sur l'instrument employé pour terminer l'accouchement. Dans les conditions ordinaires, quand le rétrécissement n'est pas extrême et ne descend pas au-des-

sous de 6 centimètres, la céphalotripsie peut être acceptée comme une opération assez difficile et non dangereuse; mais il ne faut pas différer l'opération et attendre, comme on le fait quelquefois, l'épuisement de la femme ; car une pression trop prolongée de la tête du fœtus sur les parties molles peut en amener la mortification par l'arrêt de la circulation.

La nommée L..., âgée de 18 ans, primipare à terme, douée d'une bonne constitution, entre à la Maternité le 22 novembre 1882.

Les douleurs se manifestent le 22 novembre à 4 heures du soir, elles sont lentes d'abord, mais deviennent bientôt assez énergiques. La rupture de la poche des eaux a lieu à 10 h. du soir, les douleurs continuent pendant toute la nuit, et le 23, à 4 h. du matin, le col est complètement dilaté.

L'examen de la parturiente, fait par l'interne du service, donne les résultats suivants : bruits du cœur du fœtus à droite au-dessous de l'ombilic ; vers la ligne médiane, siège du fœtus, un peu à gauche et en haut, petits membres dans le flanc gauche, dos à droite et en avant. Par le toucher vaginal, il constate la présence du front à droite et un peu au centre du bassin. Le menton est à gauche et en arrière, à la hauteur du détroit supérieur et assez difficile à atteindre. Les joues sont tuméfiées, les ouvertures des narines sont tournées à gauche et en arrière. L'occiput fait une saillie assez prononcée au-dessus du pubis.

Diagnostic : présentation de la face en position mento-postérieure gauche (variété frontale). Se conformant à la règle établie en pareille matière, M. Legay se borne à l'expectation; les douleurs se succèdent d'ailleurs avec assez d'énergie et continuent jusqu'à 8 h. 1/2 du matin.

A mon arrivée à l'hôpital, je vérifie le diagnostic porté et j'en constate l'exactitude. A ce moment le menton était encore assez élevé dans le bassin, malgré la continuité des douleurs, et n'avait pas commencé son mouvement de rotation ; la fontanelle antérieure située derrière le pubis était plus grande que d'habitude et ses bords fortement écartés ; on pouvait sentir une certaine induration en pressant dessus avec le doigt.

L'enfant était en souffrance et laissait écouler son méconium avec le liquide amniotique. Je jugeai que l'expectation avait fait son temps

et qu'il fallait intervenir en faveur de l'enfant ; je résolus d'appliquer le forceps. la version me paraissant facile à cause de l'immobilité de la tête et l'écoulement d'une grande partie du méconium. Deux applications de forceps eurent lieu : dans la première, le menton fut difficilement abaissé dans l'excavation et ramené derrière la cavité cotyloïde ; la deuxième amena le menton sous l'arcade du pubis, mais l'extraction de la tête fut rendue laborieuse à cause de l'étendue du diamètre trachéal occipital et du volume de cette partie dû à une hydrocéphalie.

L'enfant, du sexe féminin et du poids de 3,500 grammes, fut vite ranimé, mais il succomba trois heures après l'accouchement.

La délivrance se fit sans difficulté et les suites de couches furent aussi heureuses que possible. La femme sortit de la Maternité au bout de dix jours, parfaitement rétablie.

*Autopsie du fœtus.* — La tête est fortement aplatie vers le bregma ; les ventricules latéraux sont distendus par une grande quantité de liquide céphalo-rachidien ; les pariétaux et les temporaux ne s'appliquent pas sur les circonvolutions correspondantes, mais en sont séparés par un intervalle assez considérable. Les hémisphères du cerveau sont fortement comprimés ; les méninges sont injectées, tant dans la cavité crânienne que dans le canal médullaire. L'examen de la moelle épinière montre un renflement plus volumineux qu'à l'état normal à la région lombaire ; une coupe faite sur la moelle de cette région montre de chaque côté du canal central deux fentes latérales antéro-postérieures déjà signalées par un auteur allemand. Il n'existe pas d'autre déformation.

*Réflexions.* — Dans cette observation, la temporisation a été poussée aussi loin que possible, mais l'engagement de la face ne s'effectuant pas complètement et par suite le mouvement de rotation devenant impossible, il fallut bien intervenir. Cette intervention par le forceps n'a été pour rien dans la mort du fœtus qu'il faut rattacher entièrement au vice de conformation dont il était atteint. Ici donc les préceptes de l'art ont été observés tant que la vie du fœtus et celle de la mère n'étaient pas en danger. Ce fait, comme ceux que nous avons eu à observer dans notre pratique, montre que les interventions obstétricales, si l'on tient compte des cas relativement

rares des présentations de la face, sont aussi fréquentes que dans les présentations du sommet.

Dans le commencement de décembre 1882, à 5 h. du soir, je fus prié par un confrère de lui prêter mon concours pour terminer un accouchement avec présentation de la face. La parturiente, Mme X..., primipare, âgée de 24 ans, arrivée au terme de sa grossesse, était en travail depuis vingt heures. A mon arrivée, je trouve le col dilaté, la poche des eaux rompue depuis plusieurs heures, et au centre du bassin le front qui est assez élevé ; en dirigeant le doigt un peu en arrière et à droite, j'arrive sur la racine du nez ; le menton, placé un peu transversalement, est assez élevé et difficile à atteindre. Le mouvement de rotation, malgré les douleurs soutenues pendant toute la journée, ne s'était effectué qu'en partie, mais depuis une heure et demie elles s'étaient éloignées et avaient perdu de leur intensité. Les battements du cœur du fœtus étaient faibles et commençaient à se ralentir. La femme s'épuisait et avait eu un vomissement.

Le temps de l'expectation était arrivé à sa fin, il fallait agir, c'était aussi l'avis de notre confrère. J'essayai d'abord de ramener le menton dans l'excavation du bassin, puis en avant derrière le pubis, sans pouvoir y parvenir. Après cet échec, il me restait l'application du forceps ou la version. Le forceps fut écarté à cause de la mobilité de la tête au-dessus du détroit supérieur et aussi à cause du peu d'extension de la tête sur le tronc ; dans cette situation, il m'eût été difficile de saisir la tête convenablement et d'amener le menton sous l'arcade du pubis. Pour ces motifs, la version fut préférée.

La main gauche, introduite dans l'utérus, put saisir facilement un pied qu'elle amena dans l'excavation, mais la paume de cette main eut beaucoup de peine à refouler la tête défléchie, les contractions de l'utérus portant directement sur cette partie fixée sur le tronc et faisant corps en quelque sorte avec lui. Ce ne fut qu'avec une grande difficulté et des tractions énergiques que je parvins à achever la version. Mais la tête défléchie, se trouvant arrêtée au-dessus de l'angle sacro-vertébral, ne put être extraite qu'avec l'aide du forceps. L'enfant, assez volumineux, était dans un état de mort apparente ; il ne put être ranimé au moyen de l'insufflation et de la flagellation et les autres moyens mis en usage pendant une demi-heure. La délivrance se fit naturellement et l'utérus revint sur lui-même.

---

# DE LA LACÉRATION DU COL

**Par MM. Berry Hart et Barbour,**

Professeurs à l'Université d'Édimbourg.

Un des grands progrès que ces vingt dernières années ont vu accomplir dans la gynécologie, c'est celui qui a eu pour résultat de classer d'une façon définitive, dans le cadre nosologique, la lacération du col en tant qu'entité morbide distincte et l'opération instituée pour guérir cette lésion. Nous en sommes redevables au Dr Emmet, de New-York, qui le premier a attiré l'attention sur l'importance clinique de cette lésion et qui en a proposé le traitement curatif. Sir James Simpson avait auparavant appelé l'attention des gynécologistes sur sa fréquence et sur son importance pour le diagnostic de l'accouchement.

Roser, de Marbourg, a bien décrit l'anatomie pathologique de cette lésion, mais c'est à Emmet que revient l'honneur de l'avoir classée comme un des principaux facteurs des affections utérines, dans le mémoire qu'il publia en 1869, sept ans après avoir imaginé et mis en pratique le procédé opératoire qu'il a proposé pour guérir cette lésion.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

*Siège.* — La lacération siège le plus souvent en avant et sur le côté gauche du col, probablement en raison de la plus grande fréquence des présentations occipito-iliaques gauches antérieures, dans lesquelles la partie la plus volumineuse de la tête fœtale presse sur le col en avant à la manière d'un coin. Puis, comme fréquence, nous trouvons ensuite la lacération

(1) Ce chapitre, traduit de l'anglais par M. le Dr Paul Rodet, est extrait du *Manuel de gynécologie,* dont nous avons donné l'analyse dans le dernier numéro. — Maclachlan et Stewart, éditeurs. Edinburgh, 1882.

[illegible] en avant et à gauche et se prolongeant à droite et en arrière. Il est plus rare de rencontrer la lacération intéressant [illegible] d'une extrémité à l'autre. Nous avons [illegible] les lacérations situées en avant et à [illegible] dans les cas de présentations occipito-antérieures [illegible].

*Forme.* — La forme de la lacération est variable, simple dans certains cas comme on le voit dans la figure 1, elle peut être double ou même multiple comme dans la figure 2.

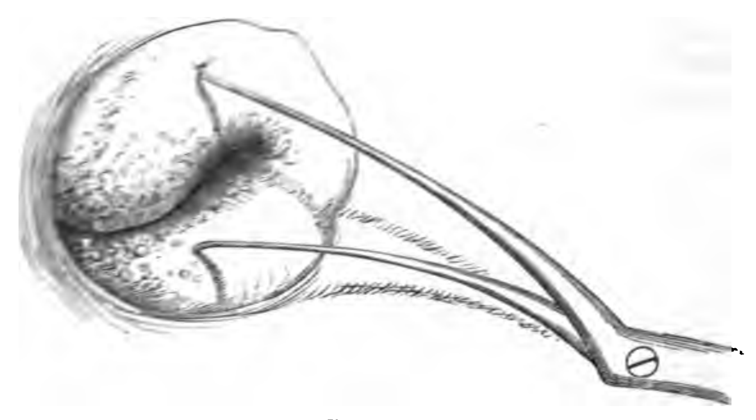


FIGURE 1.

*Lacération simple; les lèvres sont maintenues écartées à l'aide d'un tenaculum double.*

*Etendue.* — Elle peut varier depuis la simple échancrure du bord de l'orifice externe jusqu'à la fissure qui sépare les deux lèvres du col au point de les amener au contact des parois vaginales. Parfois elle intéresse même le plancher vaginal et révèle son existence par une bande de tissu cicatriciel qui tire le col d'un côté. Nous avons eu l'occasion de noter ce fait dans des cas d'application de forceps, surtout quand on applique l'instrument avant la dilatation du col.

*Conséquences.* — La lacération du col a pour conséquence de mettre à nu la muqueuse du canal cervical et d'y détermi-

ner une inflammation catarrhale, soit par le fait même de ce traumatisme, soit par suite du frottement de cette membrane contre les parois vaginales. Le tissu sous-muqueux s'épaissit et tout le col s'hypertrophie. L'*ectropion* des lèvres du col est encore une des conséquences de cet état inflammatoire. Emmet regardait autrefois sa production comme tout à fait mécanique, il pensait que le poids de l'utérus comprimait le col contre les parois vaginales, en déterminait le ramollissement qui aboutissait à l'éversion des lèvres. Depuis, ses opinions se sont modifiées, et il a renoncé à cette théorie.

Cette éversion reconnaît parfois pour cause la formation de tissu cicatriciel dans la fente cervicale qui détermine le rapprochement des lèvres et leur complète oblitération.

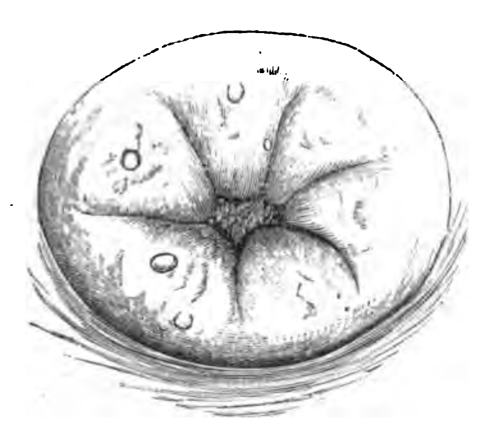


FIGURE 2.

*Lacération multiple ou étoilée* (Emmet).

On rencontre souvent d'autres *états pathologiques* associés aux lacérations. D'après Emmet, ils seraient la conséquence de cette lésion, bien que ces rapports ne soient pas très évidents. La cellulite est un des plus importants; on trouve souvent du même côté que la lacération une cellulite ocalisée ou de l'induration des ligaments larges déterminant une sensation de douleur, quand on pratique le toucher vagi-

nal. On constate aussi souvent un état de subinvolution de l'utérus; il se forme un tissu cicatriciel qui comprime les vaisseaux sanguins, détermine la congestion passive et l'hypertrophie du tissu.

En outre on trouve un épithélium cylindrique qui recouvre la muqueuse bien au delà de l'orifice externe; cet épithélium prolifère bien plus rapidement que l'épithélium squameux, prend sa place et offre l'aspect d'une érosion.

### ETIOLOGIE.

D'après les statistiques d'Emmet la lacération du col existerait dans la proportion de 32,8 peur 100, parmi les femmes qui ont eu des enfants. Mundé ne donne que le chiffre de 30 pour 100. Bien qu'il soit évident que les lacérations peuvent se produire et se cicatriser sans qu'il en reste trace, il serait cependant inexact de dire que tout premier accouchement survenant à terme donne naissance à cette lésion. Quand on constate la présence d'une lacération du col (à moins, bien entendu, que le col n'ait été divisé artificiellement), on peut dire que l'on possède l'*élément de diagnostic le plus certain* qui permet d'affirmer que la femme vient d'accoucher pour la première fois.

Jusqu'à présent nous ignorons d'une façon absolue quelles peuvent être les modifications de tissu qui prédisposent à la lacération du col. Il est évident cependant qu'un col induré serait, toutes choses étant égales d'ailleurs, plus exposé à être déchiré qu'un col mou.

Il était logique de penser que les lacérations se produiraient plutôt après un travail rapide où le col n'a pas le temps de se dilater, mais Emmet et Pallen ont constaté qu'elles étaient plus fréquentes après un travail prolongé.

Barker et Mundé ont tous deux attiré l'attention sur ce fait, qu'elles sont plus rares chez les femmes riches que chez celles qui sont pauvres. Cela s'explique probablement, parce que les

premières sont l'objet de soins bien plus attentifs et peuvent garder le repos pendant un temps beaucoup plus long après être accouchées.

*Pendant la grossesse*, Nieberding signale la production de légères fissures du col avec ectropion des lèvres. Il a examiné les femmes qui sont entrées à la Maternité de Wurtzbourg, à trois périodes : pendant la grossesse, le plus tôt possible après l'accouchement, à leur sortie. Parmi les primipares qu'il a examinées, 26 pour 100 ont présenté un col normal pendant leur grossesse ; chez toutes les autres, il y avait un degré d'ectropion plus ou moins prononcé. On constatait en outre chez environ 50 pour 100 de petites fissures qui donnaient à l'orifice une apparence étoilée ou une forme irrégulière.

## SYMPTOMATOLOGIE.

Il est d'une importance capitale de savoir quels sont les symptômes qui relèvent de la lacération du col. Ceux qui sont partisans de l'intervention chirurgicale mettent tous les troubles morbides de l'utérus sur le compte des lacérations, tandis que les autres leur refusent toute importance pathologique.

A propos des symptômes des lacérations, c'est le cas de présenter ici les quelques considérations qui suivent :

1° Les lacérations du col ne produisent par elles-mêmes aucun symptôme. Il peut se faire une hémorrhagie au moment où la lésion se produit, mais ce n'est pas un symptôme que l'on observe quand la lacération persiste.

2° D'autres états pathologiques se développent secondairement comme le résultat des lacérations ; parmi eux, un des plus importants est le catarrhe cervical ; puis des symptômes nerveux réflexes qui se manifestent par suite de la formation du tissu cicatriciel dans la déchirure.

3° Certains états pathologiques surviennent souvent concurremment avec les lacérations, tels sont par exemple la cellulite et la subinvolution. Dans ce cas, chaque affection se dé-

veloppe avec les symptômes qui lui sont propres. Il est jusqu'à présent impossible de dire quel rapport ces affections peuvent avoir avec les lacérations.

On trouve parfois une lacération très étendue. pour ainsi dire par hasard, sans que la malade ait accusé des symptômes pelviens.

Très souvent. les malades se plaignent de *leucorrhée* et de symptômes communs à une inflammation pelvienne ou utérine. La *menstruation* est souvent irrégulière, augmentée en quantité, dans 50 pour 100 des cas, d'après les statistiques d'Emmet; ce fait est dû bien souvent à un état de subinvolution. Parfois, il y a des *névralgies* locales s'accusant par une sensibilité extrême, lorsque, en pratiquant le toucher, on arrive sur le siège de la lacération, sensibilité que l'on a comparée à celle qui existe dans l'odontalgie. D'autres fois, elles revêtent la forme de douleurs névralgiques dans le bassin ou de névralgies sympathiques qui se développent dans d'autres endroits. On serait peut-être tenté de considérer comme une assertion un peu risquée celle qui assigne les névralgies à cette cause; cependant, il ne faut pas oublier qu'on les observe souvent, quand des filets nerveux ont été saisis dans la cicatrice d'un moignon. Emmet et d'autres auteurs signalent la disparition de névralgies après que l'on eut enlevé le tissu cicatriciel d'un col lacéré.

Des *convulsions cataleptiques* ont été rapportées dans une observation de Sutton (1). On pouvait faire naître à volonté les convulsions en pressant avec le doigt l'angle de la lacération, bien que toute autre manipulation faite sur le col fût impuissante à les produire. Elles se manifestaient spontanément plusieurs fois dans la journée. On obtint une guérison complète en excisant le tissu cicatriciel par l'opération d'Emmet.

(1) *American Gynecological Transactions*, 1880.

## DIAGNOSTIC.

Dans la plupart des cas, il ne présente aucune difficulté.

*Au toucher*, on sent très bien la dentelure ou la fissure sur la portion vaginale du col. Parfois l'orifice cervical est béant et admet facilement la première phalange. Le diagnostic devient difficile quand il y a une éversion prononcée de la muqueuse du canal cervical jointe à la présence d'un tissù cicatriciel épais; la fissure est ainsi masquée, car l'orifice du col ne se trouve plus constituée par l'orifice externe, mais bien par une portion du canal située plus haut que l'orifice externe et qui n'a pas été déchirée.

On sera amené à soupçonner cet état en constatant l'épaississement du tissu cicatriciel et la sensation velvétique que donne la membrane muqueuse qui a subi l'éversion.

Le *spéculum* dissipe immédiatement tous les doutes. On aperçoit soit d'un côté, soit autour du col, une plaque d'un rouge brillant; son aspect granuleux, la vascularité et le fait même qu'elle saigne facilement, la fait ressembler à une surface ulcérée. C'est ce qui fait qu'on la décrit souvent comme *ulcération* du col, mais ce n'est pas plus exact de dire que c'est une ulcération que ce ne le serait de dire que c'est la conjonctive enflammée.

On entend par ulcération une destruction avec perte de tissu. L'épithélium et le tissu sous-épithélial peuvent être détruits, comme conséquence d'un traumatisme pendant le travail; mais cette surface d'aspect ulcéré que l'on voit apparaître après le travail et qui est indépendante des ulcérations n'est pas une surface ulcérée, et l'on ne doit pas la traiter comme telle.

Quant à l'aspect que présentent les différentes formes de lacérations, à l'examen au spéculum, on s'en rendra très bien compte en comparant les figures 1 et 2. On pourra très bien apprécier la différence de coloration qui permet de distinguer la muqueuse vaginale de celle du col en état d'éversion. en

consultant les magnifiques chromo-lithographies qui accompagnent le travail de Mundé (1) et où sont représentés les divers degrés de lacération. La série de gravures la plus complète sur ce sujet se trouve dans la brochure de Nieberding: on y voit représenté le col utérin avant et après l'accouchement, chez les primipares et les multipares, mais la coloration laisse beaucoup à désirer au point de vue de l'exactitude.

Le *tenaculum* sera employé avec avantage pour aider au diagnostic comme complément de l'examen au spéculum. En en plaçant une pointe dans la lèvre antérieure, et l'autre dans la lèvre postérieure, si l'on fait rentrer ces lèvres en dedans en les faisant glisser l'une sur l'autre, on fera disparaître le plus souvent la surface à aspect ulcéré. Ce fait, très facile à dédémontrer, était passé inaperçu jusqu'à ce qu'Emmet l'eût signalé et se soit appuyé sur lui pour proposer l'opération à laquelle il a attaché son nom. En faisant rentrer les lèvres en dedans, on peut voir la lacération, apprécier son étendue et juger de la possibilité d'en rapprocher les lèvres à l'aide de sutures.

Il est inutile de rappeler que l'on ne doit pas se borner à constater simplement la lacération du col, si évidente qu'elle soit. On pratiquera, en outre, l'examen bimanuel avec tout le soin possible pour se rendre compte s'il y a ou non une cellulite ou un état de subinvolution de l'utérus.

## TRAITEMENT.

Le traitement, pour être scientifique, doit se baser sur une connaissance exacte de l'anatomie pathologique. C'est ce qui, selon nous, est l'argument le plus concluant en faveur de l'opération d'Emmet.

C'est le sort de toutes les innovations faites en médecine et

(1) *Americ. Journal of obstetrics*, janvier 1879.

en chirurgie d'être appliquées dans un grand nombre de circonstances où elles ne sont pas indiquées, et l'opération d'Emmet n'a pas échappé à cete fatalité. Au bout d'un certain temps de pratique de la médecine, on trouve des cas de métrite chronique (ou de subinvolution) et de cellulite dont on ne vient à bout qu'avec la plus grande peine ; aussi l'opération d'Emmet fut-elle regardée, pour ainsi dire, comme une planche de salut, par des gynécologistes américains qui avaient épuisé tous les procédés de traitement sans obtenir autre chose que des déceptions. Aussi, c'est précisément à cet abus qu'en firent les Américains, que l'opération a été si longtemps à s'acclimater dans leur pays. En Allemagne, elle a été adoptée par Breisky, Spiegelberg et d'autres.

Sous les dehors d'une originalité factice, Schrœder n'a été que le pâle imitateur d'Emmet, quand il a proposé son opération pour le catarrhe cervical, car, au point de vue pratique, ce n'est autre chose qu'une opération bilatérale d'Emmet à laquelle il a ajouté l'excision de la muqueuse du col.

Pallen, de New-York, est le premier qui ait suturé une lacération du col, ***immédiatement après l'accouchement.*** N'ayant pas réussi à arrêter à l'aide d'un tampon une hémorrhagie ***post partum*** produite par une lacération du col, il introduisit le spéculum de Sims et sutura la lacération avec des fils d'argent, ce qui mit un terme à l'hémorrhagie. Nous n'avons jamais eu l'occasion de pratiquer l'opération « immédiate », nous sommes toujours parvenu à arrêter les hémorrhagies à l'aide d'injections d'eau très chaude. Quand l'on songe que l'état puerpéral crée une prédisposition particulière pour les inflammations septiques, on comprendra notre réserve à l'égard de toute opération, nous n'y aurions recours que dans le cas où l'hémorrhagie serait très abondante et ne serait pas arrêtée par les irrigations chaudes.

Il faut entendre par « opération d'Emmet » celle qui consiste dans l'avivement des bords d'une lacération ancienne et leur rapprochement à l'aide de sutures. Cette dénomination

est plus simple et frappe plus l'esprit que celle de « trachélorrhaphie. »

## CONTRE-INDICATIONS DE L'OPÉRATION D'EMMET.

Dans le traitement des lacérations, comme dans celui de toutes les affections utérines, on fera souvent preuve d'une plus grande habileté en abandonnant le cas à lui-même qu'en l'opérant.

Aussi l'opération sera-t-elle contre-indiquée dans les cas suivants :

1° Quand la lacération, bien que très étendue, ne donne lieu à aucun symptôme morbide ;

2° Quand il y a une inflammation pelvienne chronique telle que cellulite ou pelvi-péritonite.

## INDICATIONS.

A ce propos, Emmet s'exprime ainsi :

« Dans tous les cas où la lacération s'accompagne d'un état d'hypertrophie de l'utérus, ou quand les femmes sont en proie à des névralgies, je considère l'opération comme nécessaire, quand bien même les parties seraient complètement cicatrisées. » Considérant la stérilité comme dépendant parfois d'une lacération, il la mentionne également comme une indication précise dans certains cas. Un catarrhe secondaire peut bien mettre obstacle à la conception, mais on a si souvent l'occasion de l'observer chez des femmes fécondes, que nous ne le regardons pas comme une cause de stérilité.

Nous recommandons l'opération dans les cas d'éversion marquée de la muqueuse avec catarrhe cervical, qu'il y ait ou non subinvolution. Cette dernière disparaît souvent après l'opération, mais on n'est pas en droit de dire que cette disparition est le fait de l'occlusion de la plaie, car toute opération faite sur le col la favorise.

*Précautions préliminaires.* — Pendant quelques semaines avant l'opération, la malade se fera des injections d'eau chaude et s'appliquera un vésicatoire s'il y avait des symptômes de cellulite. Emmet insiste beaucoup sur ce traitement préparatoire et dit qu'on ne doit pas procéder à l'opération tant qu'il y a de la sensibilité au toucher vaginal. En outre, quand il y a de l'épaississement du col et que les follicules muqueux sont hypertrophiés, il recommande de faire des scarifications sur le col, ainsi que des badigeonnages avec la teinture d'iode ou le glycérolé au tannin.

*Opération.* — Les instruments nécessaires sont les suivants:
Douche vaginale;
Spéculum de Sims;
Pinces;
Tenaculum double;
Anneau de caoutchouc;
Bistouris et ciseaux;
Pinces à dissection;
Aiguilles courtes, droites et courbes;
Porte-aiguilles;
Fils d'argent moyens;

Après avoir donné le chloroforme à la malade, on la place comme pour la taille; un aide écarte en arrière le segment sacré; le col, tenu avec les pinces, est attiré en bas. Tirer en même temps les deux bords de la lacération avec le tenaculum double, afin de voir quelle quantité de tissu il faudra enlever de la fissure pour pouvoir faire la suture, et alors procéder à l'opération.

Glisser sur les pinces un anneau de caoutchouc jusque sur le col et le placer de façon à ce qu'il comprime la base; on peut ainsi prévenir tout écoulement de sang, et cela permet au chirurgien de voir quand les bords sont complètement avivés, ce qui est essentiel pour la réunion des surfaces déchirées. Laver le vagin avec de l'eau phéniquée. Quand cela est possible, on fait une irrigation continue pendant tout le temps

de l'opération ; dans ce cas, l'anneau en caoutchouc devient inutile, parce que le courant d'eau maintient les surfaces dénudées constamment nettes. Alors, aviver les bords de la lacération avec des ciseaux ou un bistouri (fig. 3) ; les ciseaux

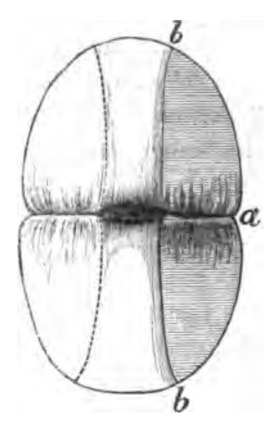



FIGURE 3.

*Opération pour la lacération du col :* a b, *étendue de la surface dénudée.*

sont préférables, parce qu'ils coupent plus facilement et plus vite. Avec des ciseaux à longues branches, on peut enlever tout le tissu d'un bord de la fissure d'un seul coup, et la section, très nette, va presque dans l'angle de la déchirure. Emmet insiste sur l'enlèvement du tissu cicatriciel jusque dans l'angle, mais il se sert pour cela du bistouri. Quand la lacération est bilatérale, on fait de même de chaque côté. La figure 4 fait voir l'étendue d'une surface dénudée par Emmet dans un cas de lacération bilatérale. Il faut avoir soin de laisser une large bande dénudée (plus large que celle représentée dans la figure 4), sur la ligne médiane, qui devra former la paroi du canal cervical.

On passe alors les sutures, elles doivent avoir 20 centimètres de long afin que l'extrémité des fils sorte par la vulve, et les fils devront pénétrer dans le chas de l'aiguille assez facilement pour ne pas en gêner le passage à travers les tissus. Emmet recommande les aiguilles rondes, parce qu'elles font un trou

plus petit que les autres et, par conséquent, causent un écoulement de sang moins grand ; quand les tissus sont épais, la pointe en forme de lame pénètre plus facilement. On passe les sutures comme c'est indiqué dans la figure 5, en commençant

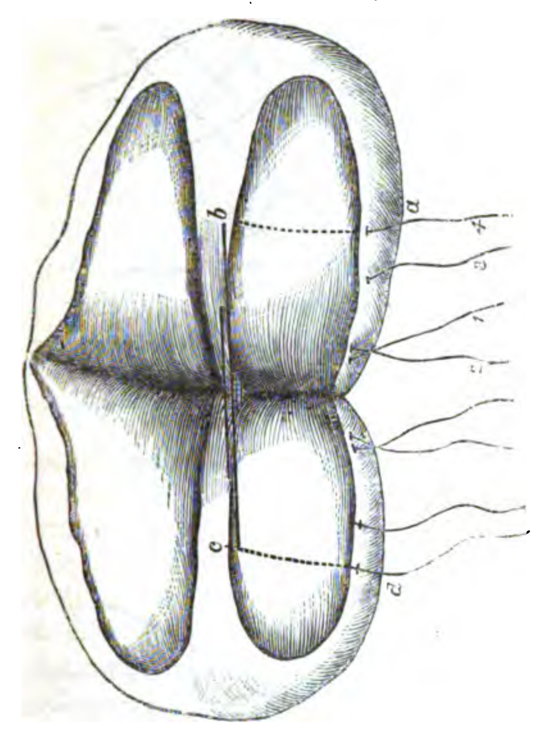



FIGURE 4.

*Etendue de la surface dénudée et trajet des sutures* (Emmet). *Les sutures sont passées dans l'ordre* 1, 2, 3, 4. *Le trajet de la suture* 4 *est seul indiqué par les lettres* a, b, c, d.

par la partie supérieure de la plaie ; on n'en tordra une que lorsque la suivante sera placée, parce que l'on est souvent obligé (quand les tissus sont épais) de passer l'aiguille d'abord dans une lèvre, puis dans l'autre ; ensuite on les tord ; l'extrémité des fils ressort par l'orifice vulvaire, réunis tous ensemble et enroulés autour d'un petit bourdonnet d'ouate (fig. 6).

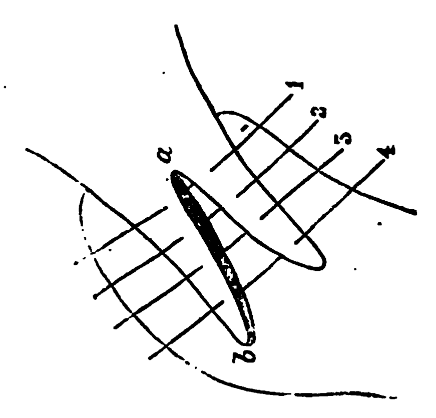



FIGURE 5.

*Façon de passer les sutures :* a b, *surface dénudée comme dans la figure 4. Les sutures sont passées dans l'ordre des chiffres.*

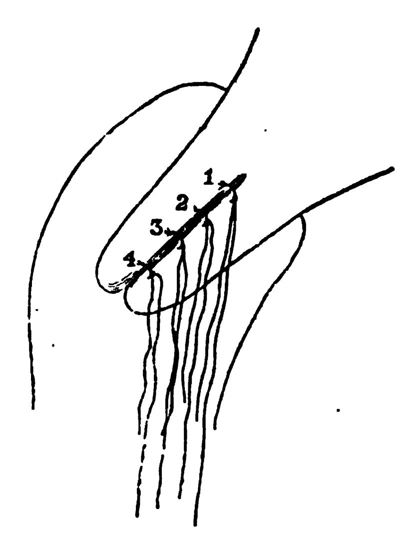



FIGURE 6.

*Aspect du col quand les sutures sont fixées. Elles sont laissées toutes entières afin de sortir par la vulve, et on les enlève dans l'ordre indiqué par les chiffres.*

Emmet coupe les sutures court, mais quand on laisse les fils longs, on a beaucoup plus de facilité pour les enlever. Il n'est pas nécessaire de prescrire ensuite un régime particulier, la diète même n'est pas utile.

*Enlèvement des sutures.* — On enlève les sutures le septième ou le huitième jour. Pour cela, on introduit le spéculum, on se sert de ciseaux, d'un crochet courbe et de pinces. Le crochet courbe est presque indispensable pour enlever les sutures du col ou du vagin. Les sutures sont retirées de *haut* en *bas* ; si l'on intervertit l'ordre, on peut déchirer la portion inférieure en l'écartant quand on enlève les sutures supérieures ; si la réunion n'est pas complète, on laissera les sutures quelques jours de plus.

La cicatrice ne gêne en rien les accouchements qui pourront avoir lieu plus tard.

---

# REVUE DE LA PRESSE

## DE LA CLITORIDECTOMIE

**Par G. Engelmann.**

*Traduit de l'anglais par le* Dr Paul Rodet.

Depuis que Baker Brown a eu l'idée bizarre de vouloir faire disparaître tous les troubles auxquels la femme est sujette par l'ablation d'un organe en apparence insignifiant et que, par son enthousiasme irréfléchi, il a discrédité une opération qui se trouve parfois indiquée, la clitoridectomie a été délaissée et complètement effacée de la liste des opérations qui se pratiquent sur les organes génitaux, de même que le nom de son inventeur a été rayé du nombre des chirurgiens anglais par nos confrères des pays voisins qui ne lui ont pas pardonné. Ce chirurgien, comprenant l'importance des actes réflexes dans les souffrances de la femme et connaissant le rôle prépondérant que ce petit organe exerce sur l'organisme féminin, s'imagina qu'il était le point de départ de toutes les dou-

leurs et espérait les soulager en l'extirpant. Son enthousiasme l'entraîna trop loin et lui fit commettre des actes tellement en dehors de ce qui se fait dans la pratique médicale qu'il fut vivement blâmé par tout le corps médical, et le crime qu'il commettait en enlevant le sens aux femmes attira sur lui une indignation méritée qui eut pour résultat de faire abandonner l'opération et de la faire tomber dans un discrédit d'où elle ne s'est pas encore relevée, bien qu'il soit impossible de nier qu'elle trouve son indication dans certains cas.

Que les temps sont changés ! La chirurgie gynécologique a fait de tels progrès que ceux-là même qui condamnaient un confrère distingué parce qu'il enlevait le sens aux femmes sans leur faire courir aucun risque, après mûre réflexion, acceptent aujourd'hui des témérités bien plus dangereuses, comme l'opération qui a été dernièrement préconisée par Robert Battey.

Mais, malgré ces progrès, l'opération de Baker Brown ne s'est pas encore relevée du blâme qu'on lui a infligé ; il est bien évident qu'on ampute le clitoris quand il est hypertrophié et qu'il cause de la gêne par son volume ; mais cela ne peut pas être considéré comme une clitoridectomie, une opération de Brown. Ce chirurgien a parfaitement saisi l'importance des actes réflexes et leur siège dans les organes sexuels, mais malheureusement, comme tous les gens enthousiates, il l'a exagéré. Son opération consiste à enlever le clitoris, comme étant le point de départ des souffrances de la femme et le siège des actes réflexes. Il est si rare de rencontrer des cas où l'on est en droit de pratiquer cette opération qu'elle est tombée en désuétude, mais comme j'ai eu la bonne fortune d'observer une malade de cette catégorie, je vais rapporter brièvement son histoire. Je dois dire tout de suite que c'est le seul cas de cette nature que j'aie jamais rencontré, et je le rapporte pour inviter ceux qui auraient une expérience plus grande à nous faire connaître leur opinion.

Mme M..., âgée de 52 ans, est née en Allemagne ; pendant son enfance elle a été sujette à de violents céphalalgies. Réglée à 16 ans, elle l'a toujours été régulièrement, mais d'une façon

profuse; mariée à 22 ans, elle a eu 11 enfants, dont le dernier est né il y a onze ans. Parmi ceux-ci, il y en a encore neuf vivants. Elle a toujours été nerveuse et très impressionnable. Dans les rapports conjugaux, elle se montre plutôt passionnée, sans cependant les rechercher.

Il y a un peu plus de six ans, elle remarqua que le flux menstruel apparaissait toutes les deux ou trois semaines. Cela dura près d'un an, puis cessa pendant trois mois, reparut pendant trois autres mois, puis cessa enfin tout à fait, après une méthrorrhagie abondante.

Après la ménopause, qui arriva il y a cinq ans, dans sa quarante-septième année, elle éprouvait une excitation beaucoup plus grande qu'autrefois dans les rapports sexuels, qu'elle recherchait ardemment, ce qui n'avait pas lieu auparavant. Les organes sexuels se trouvaient dans un état d'hyperesthésie très prononcée, et chaque coït se terminait par une attaque de nerfs et une nuit d'insomnie. Elle reculait toujours pour en informer son mari, mais enfin son état devenait intolérable quand elle se résignait à une abstinence complète. Cela se passait il y a trois ans. Ces attaques de nerfs consécutives au coït, elle les décrit comme ayant une aura dans les organes génitaux externes, s'annonçant par une sensation de plénitude de congestion vers ces organes, puis cette sensation passait de la vulve, dans le dos et remontait le rachis jusqu'à l'occiput, alors elle poussait des cris, et cela se terminait par un accès de mélancolie. Elle a avoué qu'elle s'était livrée à la masturbation, mais pendant peu de temps.

Les souffrances de la malade, qui débutèrent avec la ménopause, furent d'abord légères : c'était plutôt un état d'hyperesthésie qui se traduisait par un sentiment de frayeur, des tiraillements musculaires, *du prurit vulvo-vaginal*, du tremblement dans la marche, des vertiges et des pesanteurs de tête et de l'insomnie. Les attaques duraient plusieurs semaines ; tout d'abord les symptômes en étaient légers, puis ils s'aggravèrent de jour en jour et aboutirent à un état désespérant qui cessa et fit place à un état de bien-être relatif pendant une ou deux se-

maines, sans que cependant elle fût exempte de certains troubles, mais ils étaient très affaiblis et pouvaient être supportés. Ces symptômes permanents sont :

1° *Le prurit de la vulve*, qui s'accompagnait au début de *prurit du vagin*.

2° Un sentiment de congestion sanguine partant des organes génitaux externes et remontant le long de la colonne vertébrale jusqu'à l'occiput, où il se terminait par de la congestion cérébrale qui ne disparaissait pas, après des transpirations profuses, comme cela était arrivé au début.

3° Un état de congestion hépatique, ainsi qu'en témoignaient la langue sèche, saburrale, pâteuse, une légère teinte jaunâtre de la peau, parfois des vomissements bilieux (que je considére comme réflexes), pas de diarrhée, ni d'hémorrhoïdes.

Le Dr E... regarda ces troubles comme produits par la cessation brusque du flux menstruel, et conseilla des bains froids et des douches de la colonne vertébrale en même temps qu'il faisait appliquer des astringents et des narcotiques sur les organes génitaux externes. On ne suivit pas entièrement cette prescription, et de plus la malade fut vivement impressionnée par un médecin qu'elle consulta et qui lui dit que son état était incurable, de sorte que sa position devint plus désespérée que jamais.

Je vis la malade pour la première fois le 25 février 1880 : c'était une grande brune au teint bronzé, paraissant bien portante, pesant à peu près cent cinquante livres, et qui paraissait nerveuse, inquiète. Elle venait me consulter en raison de son état misérable et sans espoir. Elle se plaignait d'accès nerveux qui partaient de la région du clitoris, remontaient dans les parties supérieures, déterminaient un nervosisme extrême qui aboutissait à la mélancolie ; elle est incapable de travailler, et elle est prise de tremblements violents dès qu'elle essaye, elle peut seulement coudre de temps à autre et pas longtemps à la fois. La vue est également atteinte. Les sensations de pesanteur qu'elle éprouvait autrefois dans la matrice ont complètement disparu ; la constipation opiniâtre des premiers temps a égale-

ment cessé. L'appétit est faible, l'estomac est en mauvais état, la langue est chargée, bien que cependant en meilleur état qu'autrefois. Cependant l'état général est meilleur que pendant la première phase de la maladie. En réalité le traitement qu'elle a suivi a amélioré beaucoup tous les symptômes. La vulvite intense et la vaginite ont à peu près cédé, mais l'impossibilité où elle se trouve d'entreprendre tout travail, de faire le plus petit effort physique ou intellectuel, son état nerveux et ses attaques répétées lui font considérer la vie comme un fardeau dont elle a plusieurs fois eu l'idée de se débarrasser par un suicide, et cela tout étant entourée d'affections de famille et d'un bien-être complet.

En l'examinant on trouve la vulve très irritée, le périnée lacéré, les caroncules myrtyformes congestionnés sans cependant être hypertrophiés ni sensibles ; les petites lèvres ainsi que le clitoris et son capuchon sont très hypertrophiés ; en touchant l'extrémité du clitoris avec la sonde on pouvait déterminer à volonté une sensation nerveuse, intense, désagréable, identique à celle qui précède chaque attaque. Cette expérience réussissait toujours ; aussi c'est ce qui me fit considérer le clitoris comme la source de tout le mal. Au niveau du méat urinaire, je constatai la présence d'une petite élevure légèrement allongée, qui n'était nullement sensible au toucher, tandis que les petits caroncules qui entouraient l'urèthre étaient sensibles et douloureux au toucher, mais c'était une simple sensation de douleur, sans qu'il y eût rien de nerveux. Le vagin était flasque et en partie congestionné. L'utérus, long de 7 centimètres, rétroversé, avait un col en apparence normal. Un peu de constipation, mais pas de douleur ni de gêne d'aucune sorte dans la miction.

L'étude que j'avais faite des hystéro-névrosès me fit tout de suite reconnaître la nature réflexe de ces symptômes dont je rapportais le point de départ à l'urèthre et au clitoris. Aussi je proposai : 1° l'enlèvement des caroncules uréthraux comme l'opération la plus simple dont les suites démontreraient l'utilité ; 2° puis celui du clitoris et des petites lèvres. Pendant que

la famille délibérait, je donnai du bromure de potassium, et j'appliquai localement de l'huile de jusquiame phéniquée.

Je dois avouer que, malgré toutes les dénégations de la malade, j'ai toujours été convaincu qu'elle se livrait à la masturbation d'une façon continue.

Le 13 mars 1880, la malade étant chloroformisée, j'enlevai de l'urèthre plusieurs petits caroncules ainsi que les excroissances externes qui entouraient le méat urinaire, et des petites bandes rouges et irritées qui me semblaient être des portions de caroncules myrtiformes. Dans l'intérieur de l'urèthre, je me servis d'une curette, et je terminai l'opération en touchant les parties avec l'acide nitrique et en appliquant à l'extérieur une solution martiale ; à l'intérieur, comme à l'extérieur, je fis des applications d'huile phéniquée.

Je n'ai pas besoin de parler de l'état de la plaie qui était aussi bon que possible, je vais seulement exposer les effets de l'opération sur l'état de la malade.

Le lendemain de l'opération, elle me dit qu'elle éprouvait certainement moins d'irritabilité nerveuse, et qu'elle ne sentait plus ces congestions morbides qui naissaient des parties génitales. Une amélioration prompte et graduelle s'ensuivit sans aucun malaise, puis un peu de gêne dans la miction, qui disparut bientôt; cependant, quinze jours après l'opération, les linges de pansement étaient maculés d'un peu de sang.

Le 22, la plaie était dans un état tellement satisfaisant que je résolus d'enlever les nymphes et le clitoris le 26, tellement le résultat de la première opération m'avait clairement démontré l'origine locale des troubles nerveux dont souffrait la malade. Maintenant elle pouvait garder le lit sans en être incommodée, tandis qu'avant l'opération elle ne pouvait jamais rester au lit dans la journée, parce que le décubitus dorsal faisait éclater des troubles nerveux et des sensations douloureuses. Elle pouvait maintenant s'appliquer à quelque ouvrage et fixer son attention pendant quelque temps ; elle n'avait plus de malaise ni de vertiges ; elle pouvait marcher avec assurance ; en peu de temps elle avait vu disparaître tous les symptômes

nerveux qui l'affligeaient et qui l'incommodaient depuis si longtemps. Elle avait encore des bouffées de chaleur, mais bien moins intenses.

Le 26 mars 1880, je fis la clitoridectomie et l'enlèvement des nymphes. Je me servis de ciseaux pour sectionner les nymphes hypertrophiées, et j'arrêtai tout de suite le sang en plaçant cinq sutures de chaque côté. Un aide, tenant le capuchon du clitoris à l'aide d'une pince, le tirait en haut et en avant, et alors j'incisai ce capuchon sur la ligne médiane sous le clitoris. Saisissant alors le clitoris avec une pince, je l'attirai en avant et après en avoir incisé les bords, je séparai le capuchon en le décollant avec le manche d'un bistouri presque jusqu'à la symphyse. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Le clitoris, long de près de 25 millim., fut sectionné ensuite avec des ciseaux tout contre l'os, il se fit alors une hémorrhagie abondante qu'on arrêta en partie par la compression digitale, et dont on se rendit tout à fait maître avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer qu'on introduisit dans l'ouverture laissée béante; on recouvrit le tout de gaze phéniquée, que l'on maintint en place à l'aide d'un bandage en T.

Pendant l'après-midi, la malade se plaignit de céphalalgie, qui n'était autre chose qu'une de ses attaques habituelles ou le résultat du chloroforme qu'elle supportait très mal. Le lendemain elle eut encore une violente céphalalgie et des vomissements bilieux abondants. Pas de manifestation fébrile, mais une augmentation notable de symptômes nerveux. La face était rouge, la céphalalgie continue, et les douleurs ne cessaient pas, comme autrefois, après des vomissements muqueux. Maintenant les vomissements étaient plutôt bilieux que muqueux.

Le 28. Le pansement fut enlevé, et la charpie imbibée de perchlorure de fer, à laquelle adhéraient des lambeaux de tissu sphacélé, fut remplacée par du coton saturé d'huile phéniquée. Le capuchon était mince et paraissait manquer de la vitalité nécessaire; je n'avais pas cherché à l'épargner. On donna de l'opium pour calmer les douleurs, de la morphine

et de l'eau de laurier-cerise contre ces nausées, et l'on fit le cathétérisme deux fois par jour. Les vomissements cessèrent, et les symptômes s'améliorèrent un peu.

Le troisième jour l'état était meilleur.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, la plaie ne fit pas souffrir la malade, si ce n'est quand on pratiquait le cathétérisme; cependant la patiente était dans un état de congestion presque permanent, avec transpiration profuse, pouls à 92, sans élévation de température. Elle présentait tout à fait un aspect fébrile qui n'était autre chose que la manifestation du retour brusque de ses souffrances autrefois intermittentes, qui avaient rendu l'opération nécessaire. C'était un spectacle peu rassurant pour le chirurgien que de voir ces poussées congestives partant de la plaie, passant sur la colonne vertébrale, gagnant la nuque et suivies de sueurs profuses. Tous ces symptômes se montraient à un degré très prononcé et reconnaissaient probablement pour cause l'irritation produite par la section des nerfs, qui étaient le siège des douleurs.

A ma grande satisfaction, je constatai, le quatrième et le cinquième jour, une diminution de ces manifestations, qui s'accentua graduellement. Enfin, au bout de dix jours, il n'en restait plus trace, pas plus que de nausées et de la saveur amère qui avaient tant gêné la malade pendant si longtemps. On se rendit maître de la constipation à l'aide de lavements.

Le cinquième jour, j'enlevai le prépuce mortifié, je pansai la plaie deux fois par jour, et je la nettoyai avec de la glycérine phéniquée avant d'appliquer le coton huilé.

Le septième jour, le pansement détermina une violente douleur locale qui dura toute la journée et cessa le soir en même temps qu'apparaissait une hémorrhagie profuse au moment où la malade pansait elle-même la plaie. L'issue aurait pu en être fatale si je n'étais arrivé, par hasard; heureusement, ce jour-là, je fis une visite du soir un peu plus tard qu'à l'ordinaire. L'hémorrhagie était tellement abondante qu'en quelques instants la vie fut en danger. Le sang commença à couler au moment où j'entrais dans la maison; je

mis quelque temps avant d'arriver au lit de la malade, et quand je la vis elle était déjà très anémiée. J'appliquai du coton imbibé de perchlorure de fer qui arrêta l'hémorrhagie; j'administrai de l'opium, mais toute la nuit la malade éprouva des douleurs.

Je laissai ce tampon d'ouate en place pendant trois jours, au bout desquels je le retirai avec une certaine quantité de tissu mortifié tout autour de la plaie. C'est alors que débuta la suppuration. Deux jours plus tard, elle était complètement établie, et l'on ne découvrait plus trace de tissu putréfié, la plaie présentait une belle surface granuleuse, à l'angle supérieur où la réunion ne s'était pas effectuée; au-dessous, la réunion était parfaite; les sutures avaient été enlevées le cinquième et le sixième jour.

Les bouffées de chaleur et les sueurs firent de légères réapparitions. Il subsistait bien aussi quelques vestiges d'amertume dans la bouche. Le facies était devenu meilleur, elle se sentait bien portante et pas du tout nerveuse. L'appétit était excellent, elle dormait très bien, mais elle fut incommodée, pendant quelques jours, par une sensation de picotement au niveau des bords de la plaie.

On m'excusera d'entrer dans tant de détails, mais ils sont nécessaires parce qu'ils font voir tous les dangers de cette opération un peu insolite.

La plaie uréthrale se cicatrisa rapidement. La large surface ulcérée, qui avait l'aspect d'une cavité difforme, commença à se couvrir de granulations de bonne nature. Après la guérison du traumatisme causé par la dernière hémorrhagie, la miction se fit sans difficulté. La malade pouvait se tenir assise, et même marcher dans sa chambre, elle mangeait de bon appétit, pansait elle-même sa plaie, et n'avait, en réalité, plus besoin d'aucun soin. Se sentant si bien portante, Mme M... me témoigna le désir de retourner chez elle, ce que je lui permis de faire, trois semaines après l'opération.

Son médecin m'adressa toujours des bulletins de santé excellents, et enfin elle consentit à faire une saison de bains de

mer, comme complément de sa convalescence; je jugeai même utile de lui faire faire un court séjour à une certaine altitude afin de rendre un peu de ton à son corps comme à son esprit. Le résultat en fut merveilleux, ainsi qu'on pourra le voir d'après la lettre que je reçus le 17 septembre 1880 : « Je me sens relativement bien, dit-elle, et je puis de nouveau vaquer, dans une certaine mesure, à mes devoirs de maîtresse de maison, ce qui me cause un sensible plaisir, en raison de l'inactivité prolongée à laquelle j'ai été condamnée. Je ne me porte pas cependant absolument bien. Les bouffées de chaleur me causent encore parfois une certaine gêne, et mes sensations nerveuses ne m'ont pas complètement abandonnée; toutefois ces malaises sont légers et n'ont rien de comparable avec ce que j'éprouvais autrefois. Je fonde les meilleures espérances sur l'avenir, car j'ai tout lieu d'être satisfaite de mon état actuel, quand je le compare à la situation désespérée dans laquelle je me suis trouvée. »

Je reçus les nouvelles les plus satisfaisantes jusqu'à moitié de l'hiver, époque à laquelle toutes ses douleurs se mirent à revenir plus intenses, et, quand arriva le printemps, M[me] M... se retrouva dans le même état que lorsque je la vis pour la première fois. Les poussées congestives ou les bouffées de chaleur, annonçant le début d'une attaque, partaient maintenant du tissu cicatriciel, qui remplaçait le clitoris enlevé, et la malade savait parfaitement distinguer cette sensation comme étant un signe prémonitoire du début de l'attaque. Si ses douleurs n'étaient pas tout à fait aussi violentes qu'autrefois, du moins son état moral était bien pire, malgré le succès complet de l'opération.

Quand je revis la malade, au commencement du mois d'avril, je constatai de nouveau l'aspect congestionné et ecchymotique de la muqueuse vulvaire; la cicatrice indiquant la ligne de section des petites lèvres et du clitoris était parfaite. mais l'urèthre présentait un certain nombre de caroncules. La malade, consentant à une seconde opération, j'extirpai ces excroissances pour la seconde fois, j'en cautérisai le point

d'attache, et j'y appliquai un tampon d'ouate imbibée d'huile phéniquée.

L'opération n'eut aucune conséquence fâcheuse ; pendant les cinq semaines qui suivirent, je cautérisai les parties de l'urèthre qui me paraissaient malades, ainsi que les parties vasculaires enflammées des lèvres et de la muqueuse vulvaire.

Après cela, tous les symptômes s'améliorèrent, et Mme M... retourna chez elle. Elle se trouvait alors dans une disposition d'esprit bien meilleure, elle était moins nerveuse, et n'éprouvait pas aussi souvent, ni d'une manière aussi intense, les congestions cérébrale et spinale qu'elle redoutait tant. Le séjour au lit l'avait un peu affaiblie ; cependant j'espérais que son état général s'améliorerait rapidement, en même temps que ses douleurs nerveuses diminueraient.

Mais je ne tardai pas à m'apercevoir que j'étais dans l'erreur, d'après les nouvelles que je reçus le 20 novembre 1881. La malade était revenue au même état de prostration nerveuse et de souffrance, et je sais aujourd'hui qu'elle se trouve absolument dans le même état qu'avant l'opération. Quelle a pu être la cause de cette rechute si fâcheuse ? Je suis convaincu qu'il faut l'attribuer à la persistance de la masturbation, sans cependant savoir rien de précis à ce sujet. D'ailleurs, quelle autre cause aurait pu produire l'hypertrophie du clitoris, l'élongation et la pigmentation des petites lèvres, l'irritation et la congestion du vagin et de la vulve, que je remarquai quand j'examinai la malade pour la première fois ? En enlevant le clitoris et les petites lèvres, lors de la première opération, j'ai fait disparaître une source importante d'irritation, et, d'autre part, tant que la malade a eu un pansement appliqué en permanence, elle n'a pu se livrer à son penchant funeste. Malgré cela, je considère l'opération comme un succès, et je suis certain que, si la malade avait pu être surveillée pendant plus longtemps, elle aurait perdu cette habitude vicieuse et aurait joui d'une bonne santé. Aussi je crois bien qu'elle a dû se livrer de nouveau à son funeste penchant, ce qui aura fait reparaître les troubles nerveux et surtout ce qui

aurà amené cet aspect congestionné de la muqueuse vulvo-vaginale, qui différait tellement de la couleur rosée habituelle, en particulier quand il y a absence de rapports sexuels. Il est impossible d'attribuer cet aspect des parties à une autre cause que la masturbation, qui rend également bien compte des troubles nerveux.

J'ai rapporté ce fait, non pas pour le présenter comme un résultat thérapeutique brillant, mais, ainsi que je l'ai fait remarquer, pour appeler l'attention sur une opération aussi injustement délaissée aujourd'hui qu'elle était autrefois trop souvent pratiquée, et aussi dans l'espoir que d'autres chirurgiens feront connaître leur opinion et auront recours à cette opération si simple, quand elle sera indiquée. Je suis, en effet, convaincu que, lorsque nous connaîtrons bien la nature des *névroses* et des différentes douleurs d'origine réflexe, l'opération de Baker-Brown, si longtemps délaissée, trouvera des indications très nettes, quoique en même temps très limitées. (*The American Practitioner*, janvier 1882.)

---

## MÉNINGOCÈLE DE LA RÉGION OCCIPITALE

**Par le Dr Viura y Carreras.**

L'enfant me fut présenté par sa mère, quarante-cinq jours après sa naissance. Elle me dit que c'était son premier enfant; que sa grossesse n'avait rien offert de spécial ainsi que l'accouchement; que cependant, lorsqu'elle prit l'enfant après sa naissance, elle s'aperçut d'un soulèvement arrondi dans la région occipitale qui offrait l'aspect d'une tumeur dans l'espace de quelques jours en prenant rapidement de grandes proportions; il est possible de se faire une idée de cette tumeur à l'aide de la figure suivante, qui rappelle celle donnée par Holmes.

L'examen du malade faisait constater l'existence d'une volumineuse tumeur, recouverte par les téguments, pédiculée, garnie de poils à la base du pédicule, située en un point de la ligne médiane

de l'occipital compris entre la protubérance occipitale externe et le bord du trou occipital.

La peau qui recouvrait extérieurement la tumeur était lisse, avec quelques taches dans les points déclives et offrait de nombreuses veines dont le calibre augmentait vers le pédicule. Il était impossible de s'assurer par la palpation de l'état de la surface de l'os sur lequel était implanté le pédicule, par suite de la distension excessive de la tumeur, causée par le liquide qui y était accumulé, de sorte qu'on ne pouvait reconnaître l'existence d'un orifice de communication entre la cavité du crâne et la tumeur, ce qui, pour établir le diagnostic et le traitement, était d'une grande importance.



Cette masse hémisphérique, appendue au centre de la région occipitale, descendait par son propre poids sur la partie supérieure du dos, à la manière d'un capuchon et mesurait 38 cent. de circonférence dans le plan antéro-postérieur et 34 cent. dans le plan perpendiculaire. On devait supposer qu'elle contenait un liquide clair, car elle laissait passer facilement la lumière à travers ses parois.

L'apparence générale de l'enfant n'était pas mauvaise; il tetait sans difficulté, n'avait pas de vomissement; régularité du côté des selles et de l'émission d'urine. Rien à noter dans les poumons, pouls normal, température ordinaire. Le volume de la tête paraissait moins grand qu'à l'état ordinaire, à cause du contraste de la tumeur volumineuse qui était adhérente à sa partie postérieure; front fuyant, léger aplatissement latéral. La tête rappelait certains exemples de dolichocéphalie que j'ai eu l'occasion d'observer chez quelques enfants. Nul désordre dans la sensibilité périphérique ni dans les mouvements, — les axes optiques des deux yeux offraient une légère déviation, — l'enfant dormait tranquillement et ne présenta que de rares et légères secousses convulsives.

Pendant le repos, on n'observait dans la tumeur aucun mouvement, pas de diminution de volume, pas de symptômes cérébraux à signaler. Si l'on comprimait énergiquement les parois par des pressions exercées sur la tumeur, ce que j'ai tenté plusieurs fois, pendant que l'enfant tetait, il n'était nullement incommodé et ne quittait pas le sein.

L'excessive distension des parois de la tumeur rendait difficile le diagnostic, car on ne pouvait s'assurer de l'existence d'un orifice de communication entre la cavité du crâne et celle de la tumeur. Devait-on admettre qu'il s'agissait d'un kyste congénital développé rapidement dans ses proportions après la naissance? placerait-on cette tumeur dans la classe des méningocèles? Pour éclaircir la question, une ponction exploratrice de 100 grammes de liquide était d'une grande utilité.

Elle me permit de constater l'existence d'un orifice de communication des deux cavités entre la protubérance occipitale externe et le trou occipital; en cet endroit une portion d'os manquait.

Quoique la tumeur ne fût pas réductible, le manque de battements isochrones à ceux du pouls, le défaut de mouvements d'expansion en rapport avec les mouvements respiratoires, étaient des signes qui obligeaient à admettre l'existence d'une méningocèle congénitale, mais la difficulté de l'examen empêchait de s'assurer si la masse encéphalique faisait issue à travers l'orifice anormalement établi sur l'occipital.

C'est toujours une tâche ardue d'entreprendre le traitement d'un état pathologique comme celui qui nous occupe, des accidents redoutables pouvant résulter du fait de la communication de l'inté-

rieur du crâne avec la cavité de la tumeur. Tout enfant porteur de méningocèle ou d'encéphalocèle à sa naissance est en imminence de troubles morbides.

Dans une leçon publique, j'ai exposé mes idées relatives à l'intervention opératoire dans chaque cas particulier; j'ai insisté sur ce point qu'avant tout il convient de pratiquer une ponction, afin d'extraire une quantité peu élevée de liquide (300 gr. p. e.) pour connaître : 1° si la sortie de cette quantité de liquide exerçait une influence sur les centres nerveux de l'enfant; 2° les véritables dimensions de l'orifice de communication. J'ajouterai que, dans le cas d'un orifice de très petit diamètre, je tenterais l'extirpation de toute la masse, en saisissant le pédicule à l'aide d'un clamp, à l'exemple de Holmes, et incisant la peau tout en laissant des lambeaux suffisants pour faire une suture. L'excision me paraissait dangereuse dans le cas d'une large communication des deux cavités du crâne et de la tumeur et dans ces circonstances on pourrait recourir aux injections d'alcool d'abord, de teinture d'iode ensuite, suivant les résultats obtenus.

L'auteur procéda, dans le cas présent, à l'extraction de la quantité de liquide indiquée sans provoquer aucun symptôme spécial dans l'état du malade; il fut alors possible de distinguer facilement un orifice de communication de forme ovalaire sur l'occipital; le liquide extrait était peu dense et avait l'aspect d'une sérosité jaunâtre, peu trouble.

Le jour suivant, après l'extraction de 100 grammes de liquide, injection de 10 gr. d'alcool dans la tumeur. Cette opération fut répétée deux fois avec un intervalle de 4 et 6 jours. Le volume de la tumeur resta stationnaire durant trois semaines et moindre que primitivement; on doit toutefois remarquer qu'une accumulation de sérosité se faisait peu à peu dans la tumeur en même temps que la dénutrition de l'enfant s'accentuait. L'aspect général du malade était moins bon; de légères secousses convulsives agitaient les membres, soit pendant le sommeil, soit pendant la veille.

La mère fut soumise à un régime nutritif particulier; 30 centigr. d'iodure de potassium furent administrés chaque jour à l'enfant.

Vers le milieu du milieu du mois d'août 1881, obligé d'aller à

Barcelone pour quelques jours, je confiai le malade à mes excellents amis les docteurs Suné et Villars (1).

L'ensemble des signes rapportés permet de penser que, dans le cas présent, il existait au début une large communication entre les cavités du crâne et de la tumeur ; que plus tard, sous l'influence de causes inconnues, l'orifice s'oblitéra tout en laissant passage aux expansions membraneuses. On ne peut pas s'expliquer autrement l'absence absolue de symptômes cérébraux lorsqu'on vida la tumeur, et sous l'influence des fortes pressions exercées et des injections de teinture d'iode. Est-il possible que la teinture d'iode en contact avec les parois des ventricules cérébraux ne provoque aucun désordre dans lés fonctions d'innervation?

Relativement à l'étiologie et à la pathogénie de ces tumeurs, la science n'est pas définitivement fixée. Le cas présent vient à l'appui des idées émises par quelques anatomistes, tels que Bœckel et Béclard, qui repoussent la doctrine de l'existence d'un point d'ossification unique pour la portion écailleuse ou postérieure de l'occipital et qui, au contraire, en admettent quatre.

Il est rationnel de convenir avec Giraldes et Saint-Germain qu'en prenant pour base les notions que nous possédons relativement à l'évolution du cerveau, à l'ossification du crâne, on peut admettre que les méningocèles, les hydro-encéphalocèles doivent apparaître à une époque peu avancée de la voie embryonnaire et sont dues à un défaut de développement de l'os correspondant. (*Revista de Ciencias medicas*, de Barcelone, n° 19, oct. 1882.) REY.

(1) Durant les jours suivants, l'état de l'enfant s'aggrava ; la tumeur acquit ses proportions primitives ; des taches se montraient en divers points de sa surface. Des injections avec la solution de Lugol furent faites dans son intérieur, ainsi qu'avec la teinture d'iode, sans aucun résultat. Dans cette conjoncture et sur les instances de la famille, les Drs Suné et Villars pratiquèrent l'extirpation de la tumeur et l'enfant succomba peu après.

En examinant la tumeur, on reconnaissait qu'elle était constituée principalement par la peau et trois expansions membraneuses qui offraient les caractères du tissu fibreux. Les deux membranes limitaient entre elles des espaces concentriques remplis de sérosité. L'orifice de communication fut constaté aisément sur la région occipitale indiquée.

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

**Phlegmon péri-utérin.**—M. Griffith présente un spécimen de phlegmon rétro-utérin causé par l'ouverture, dans le cul-de-sac de Douglas, d'un certain nombre de fistules rectales. C'est là un mode de production non encore décrit.

**Epithélioma du col enlevé pendant la grossesse sans amener l'avortement.** — M. Godron communique l'observation d'une femme âgée de 25 ans, qui depuis douze mois avait un écoulement jaunâtre et qui dernièrement avait eu des hémorrhagies, ainsi que des douleurs survenant de temps en temps. Le col était augmenté de volume, ulcéré; l'utérus était mobile. On ampute le col quatre jours après la cessation d'une hémorrhagie. Tout se passa très bien et neuf jours après, on provoquait l'avortement en introduisant une sonde dans l'utérus, ce qui donne lieu à l'expulsion d'un fœtus de huit semaines. L'auteur fait remarquer que l'avortement n'aurait pas eu lieu, si l'on n'avait pas introduit la sonde et conseille d'opérer le cancer à toutes les périodes de la grossesse. Il croit que l'affection cancéreuse constitue une condition favorable pour la fécondation, parce que la malade n'avait pas été enceinte depuis six ans.

M. Routh insiste sur les avantages qu'il y a à opérer le cancer le plus près possible du début de la grossesse.

M. Playfair est d'avis que le cancer du col survient plutôt chez les femmes qui ont déjà eu des affections de cet organe. Quand un utérus cancéreux devient gravide, il arrive la plupart du temps que ce nouvel état accélère la marche de la maladie d'une façon étonnante. Pour lui l'emploi de l'écraseur est dans ce cas un des plus mauvais procédés, parce qu'on n'enlève que la partie superficielle et qu'on laisse la base du col qui est malade. Ce qu'il y a de mieux, c'est l'opération de Marion Sims, qu'il a pratiquée souvent avec d'excellents résultats.

M. Hermann fait remarquer que si l'affection cancéreuse favorisait la grossesse, les cas d'accouchement compliqués de cancer seraient

beaucoup plus fréquents qu'ils ne le sont en réalité. A l'aide de l'écraseur galvanique, non seulement on coupe les tissus, mais encore on les brûle à une petite distance de la ligne de section.

M. ROGERS fait mention d'un cas où l'opération fut suivie d'avortement.

M. EDIS insiste sur l'importance qu'il y a à diagnostiquer de bonne heure le cancer utérin.

Le reste de la séance est rempli par la lecture du president, et par l'installation du bureau.

(*Séance du 7 février 1883.*)

Paul RODET.

---

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

**Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, leur diagnostic, leur traitement,** par SPENCER WELLS, traduit de l'anglais par le Dr PAUL RODET, avec une préface du professeur DUPLAY. — In-8, 500 pages, Masson, 1882.

M. Spencer Wells, l'illustre ovariotomiste anglais, dont le nom est aujourd'hui connu de tout l'univers, vient de publier une seconde édition de son dernier ouvrage, qui est à proprement parler une œuvre absolument nouvelle. Ces dix dernières années lui ont fourni tant de matériaux, qui sont venus s'ajouter à ceux déjà si nombreux, qu'il avait accumulés, que ç'aurait été une grande déception pour nous de constater dans l'œuvre de l'auteur un état stationnaire, au lieu de le voir marcher toujours en avant. Heureusement, il n'en est rien, à chaque page on trouve les preuves d'une étude continue et de recherches non interrompues ; et, en même temps que l'on constate l'omission volontaire de procédés ou de détails qui sont devenus antiques, on remarque une grande abondance de faits nouveaux, de nouvelles théories, la rétractation d'opinions erronées et une foule de conseils sages dont on appréciera singulièrement l'importance.

Quand cet ouvrage a paru en Angleterre, nous en avons fait une analyse très détaillée dans notre numéro du mois d'août, auquel nous renvoyons le lecteur. Aussi aujourd'hui, nous nous bornons à annon-

cer au public médical l'apparition d'une édition française que notre collaborateur le Dr Paul Rodet vient de publier : un ouvrage d'une importance aussi capitale que celui de Wells devait évidemment avoir les honneurs de la traduction et ce qui vient ajouter à sa valeur intrinsèque, c'est que le professeur Duplay a voulu le présenter lui-même au public médical français dans une préface où l'on trouvera, à côté des justes éloges qui reviennent de droit à l'éminent ovariotomiste anglais, des critiques non moins justes et des appréciations personnelles dont le lecteur pourra tirer beaucoup de profit.

Quant à la traduction, nous pouvons affirmer qu'elle est scrupuleusement exacte, car l'auteur l'a revue lui-même avec beaucoup de soin. Aussi, avec de tels éléments de succès, l'ouvrage est certainement appelé à faire sensation dans le monde chirurgical, et aujourd'hui, pas un chirurgien ne fera une ovariotomie sans s'être inspiré des admirables préceptes de celui dont Billroth a dit en pleine chaire ces paroles dont plus d'un serait fier à bon droit : « Toute ma vie je me regarderai comme son élève et je me considérerai comme favorisé par le sort, si je peux arracher à une mort certaine la moitié du nombre d'existences qu'il a sauvées. »

---

**La délivrance**, par F.-Paul Festner.

L'auteur croit, avec Credé et Fritsch, que la contraction utérine agit dans l'expulsion placentaire, mais que les caillots sanguins aident au détachement des membranes. Credé divise l'histoire médicale de la délivrance en quatre périodes :

1° Avant Rhodion (ou Rösslin) 1513, on laisse le fœtus attaché au placenta exercer par son poids une traction sur cet organe, ou bien on attache un poids au cordon ; on fait subir à la femme toute sorte de manipulations, on la secoue, on l'enfume, on lui donne divers remèdes.

2° De Rhodion à Mauriceau, au commencement du XVIIIe siècle, on extrait le placenta, le plus tôt possible, par des tractions.

3° Ruysch institue la méthode expectante, il découvre, en 1776, un muscle expulseur du placenta.

4° De 1800 à 1850, le stage de la délivrance est de plus en plus généralement considéré comme normal, et pouvant devenir pathologi-

que. Il y a deux écoles, l'une représentée par Osiander, Riecke, Hohl, d'Outrepont, est pour l'action ; l'autre, à laquelle appartiennent Wigand et Siebold, est pour l'expectative ; Nœgele, Busch, Stein, Ritgen, tiennent le milieu entre les extrêmes.

Chacun reconnaît que, plus le placenta est expulsé tôt, mieux cela vaut, pourvu que les moyens de délivrance ne soient pas dangereux par eux-mêmes. Puis vient Credé, avec son expression manuelle, dont Fritsch dit « qu'il n'y en a pas de meilleure ». Elle existait avant lui, mais il l'a fait connaître, et elle porte son nom. Voici la description qu'il en donne : « J'ai réussi, dans des cas innombrables, même avec « les douleurs les plus faibles, à ramener, dans l'espace d'un quart « d'heure ou d'une demi-heure, de faibles contractions, en frottant « d'abord légérement, puis plus ferme, le fond et le corps de l'utérus à « travers la paroi abdominale. Aussitôt la contraction arrivée à son « acmé, je saisis l'utérus avec la main, et je le comprime doucement. « J'ai toujours senti le placenta *filer* entre mes doigts, comme énu« cléé, souvent assez vivement pour être chassé hors du vagin. » Dans ces deux ou trois dernières années, cette méthode a trouvé des adversaires, Dohrn, en particulier, et Festner en discute les avantages et les inconvénients. Il parle de toutes les méthodes, même de la méthode purement expectative, employée à Strasbourg, où l'on attend, en moyenne, trois heures pour la délivrance, et où on laisse souvent le placenta douze heures dans l'utérus. Festner conclut que les frictions abdominales, faites avec douceur, si l'on ne commence pas trop tôt à faire l'expression, sont une excellente méthode. Il presse l'utérus entre la main et le sacrum, ce qui donne à la force une direction un peu différente, et redresse l'utérus antéflechi après le passage du fœtus.

Voici comment agit Festner : Aussitôt que le fœtus est sorti, il nettoie sa bouche et son nez, et lave ses yeux avec une solution aux deux centièmes d'acide phénique.

D'une main, il surveille l'utérus, de l'autre, le pouls ; au bout d'un moment il lie le cordon et le coupe, puis il ramène l'utérus, généralement dextroversé, vers la ligne médiane, et frotte le fond utérin jusqu'à ce qu'il s'y éveille une contraction, et, pendant la contraction, il exprime le placenta. La main doit surveiller l'utérus pendant vingt ou trente minutes, puis on donne de l'ergot.

Le tétanos utérin et l'adhérence du placenta peuvent se produire. Fritsch croit que le tétanos envahit tout l'utérus, et pas le col seule-

ment. Il le traite par la chloroformisation, l'introduction de la main et l'extraction manuelle du délivre.

Pour l'extraction, il conseille de le perforer près de l'insertion funiculaire, et d'accrocher avec le doigt un des gros vaisseaux du voisinage.

Credé nie absolument l'existence de l'adhérence placentaire ; Fritsch Schröder et d'autres, tout en niant l'adhérence des surfaces, ont rencontré des bandes de tissu connectif, qui reliaient le placenta aux parois utérines. Il faut déchirer les bandes d'attache et bien débarrasser l'utérus. (Thèse de Halle, 1881.) A. CORDES.

---

# REVUE DES JOURNAUX

**Le drainage dans les opérations péritonéales**, par A. MARTIN, de Berlin (1). — L'auteur, après un historique rapide de la question, décrit un procédé de drainage qu'il a employé avec succès à la suite d'opérations diverses sur l'utérus ou ses annexes. Peu partisan du drainage d'une façon générale, il le croit cependant d'absolue nécessité dans certains cas qu'il expose en détail.

Les opérations sur le péritoine, qui étaient considérées comme si dangereuses avant l'introduction des procédés antiseptiques dans la chirurgie, sont aujourd'hui entrées dans la pratique courante. Sims pensant que l'insuccès de l'ovariotomie provient de la rétention des sécrétions dans la cavité abdominale, utilise le drainage, dès 1872, dans cette opération. En Allemagne, Olshausen et Nussbaum se rangèrent à son avis, au contraire des opérateurs gynécologistes les plus célèbres d'alors, Wells, Keith et Kœberlé. Mais le drainage parut entraîner de si graves inconvénients qu'il fut bientôt abandonné par ses défenseurs primitivement les plus enthousiastes, Olshausen, en particulier. Il fut repris et défendu avec ardeur par Bardenheuer, en 1879, après l'application de l'antisepsie aux opérations chirurgicales. Ce dernier pratique dans le cul-de-sac de Douglas une large ouverture dans laquelle il introduit un drain ; il fonde son procédé

(1) *Sammlung klinischer Vorträge in Verbindüng mit Deutschen Klinikern*, nº 219.

sur cette idée, que le pouvoir de résorption du péritoine est limité et qu'à la suite de l'irritation provoquée par l'opération il y a une sécrétion péritonéale abondante et dangereuse, surtout s'il y a eu dans l'économie introduction de produits septiques. Bardenheuer place donc toujours des drains dans un but prophylactiqne.

Mais il est suffisamment démontré par les faits cliniques que la tolérance et le pouvoir de résorption du péritoine sont considérables, on a souvent fermé avec confiance le péritoine sur des ligatures nombreuses, sur des débris de pédicules, des portions d'organes en voie de nécrose, sans qu'il en soit résulté d'accidents; des kystes se sont rompus dans la cavité péritonéale et l'on a vu la guérison suivre la résorption du liquide épanché, alors que l'existence d'une fièvre antérieure semblait placer les malades dans les plus mauvaises conditions de résistance.

Il est très rare de trouver des exsudats décomposés à l'ouverture du péritoine, mais dans ces cas mêmes il suffit souvent d'un seul lavage antiseptique, suivi de réunion immédiate et complète de la paroi abdominale, pour amener la guérison. L'auteur donne plusieurs exemples personnels à l'appui de ces propositions.

Lorsque le péritoine est enflammé, a-t-on dit, son pouvoir de sécrétion est supérieur à son pouvoir d'absorption, et dans ce cas le drainage est de rigueur; le Dr Martin ainsi qu'un grand nombre d'ovariotomistes distingués ne partagent pas cette opinion et ferment la cavité abdominale sans placer de drains. Lors même qu'il y a eu déjà quelques symptômes de septicémie, on pourra néanmoins espérer la guérison par ce dernier procédé.

Bardenheuer recommande surtout le drainage lorsqu'on doit abandonner dans la cavité abdominale des surfaces utérines, blessées à la suite de déchirures d'adhérences intestinales mésentériques, par exemple. Martin rapproche les bords de la plaie le plus exactement possible et fait la réunion primitive sans s'inquiéter autrement de cette complication; lorsqu'il y a hémorrhagie il pratique la ligature en masse de la surface qui fournit le sang et suture complètement la paroi abdominale. Il n'a encore vu aucun accident consécutif à cette conduite opératoire.

Comment faudra-t-il agir dans le cas de surfaces suppurantes, de cavités anfractueuses avec parois épaissies et nécrosées qui doivent être laissées en communication avec la cavité abdominale? Deux fois déjà Martin a traité des malades dans de telles conditions et deux

fois la guérison a eu lieu après la suture des kystes le plus près possible de la base du pédicule et fermeture de la paroi abdominale. On a même quelquefois obtenu la guérison sans avoir fait la réunion primitive du lambeau du pédicule.

Le péritoine possède un pouvoir de résorption presque illimité; peu importe la quantité de liquide épanché pourvu qu'il ne soit pas chargé de principes septiques. Les corps solides qui ne pourront être absorbés s'enkysteront ou seront éliminés sans entraîner en général d'accidents sérieux. Toutes les opérations péritonéales ne sont compromises que par l'inoculation de germes septiques; mais le drainage paraît peu convenable à empêcher cette introduction des matières nuisibles, souvent même il semble la favoriser.

L'auteur suit la méthode de Lister : spray, eau phéniquée, désinfection de l'opérateur, des aides, des infirmières, des assistants; en outre il rejette tous les instruments compliqués, et ne se sert que du bistouri et des ciseaux, pinces et aiguilles.

La majorité des plaies péritonéales sera donc facilement rendue aseptique. Cependant il y a deux catégories de faits qui ne peuvent pas rentrer dans le cadre précédent : 1° il est impossible de désinfecter par un seul lavage des parties qui ont déjà subi le commencement de décomposition et qui doivent forcément être laissées dans l'intérieur de l'abdomen ; 2° de même des tissus qui se trouvent en rapport immédiat avec des régions qui ne permettent pas de tenir les sécrétions aseptiques (vagin par exemple).

Dans le premier groupe l'auteur range les grossesses extrautérines, les amas de liquides situés dans le petit bassin en dehors de la cavité péritonéale et composés de pus ou de sang; dans le deuxième, les extirpations de l'utérus.

Il cherche à isoler la partie suppurante de la cavité péritonéale et il se sert pour cela du procédé suivant. Il fait la laparotomie, enlève la tumeur, passe un drain ressortant par le vagin, suture exactement les bords de la poche opérée par-dessus le drain qui se trouve ainsi complètement isolé de la cavité péritonéale, ferme ensuite la paroi cutanée abdominale. On obtient ainsi le repos complet du péritoine et le drain n'est en contact qu'avec la partie qui pourrait donner lieu à des accidents de suppuration.

Sur 42 laparatomies faites l'année dernière, l'auteur a trouvé quatre fois l'occasion d'employer cette méthode. Une fois dans une grossesse extrautérine, une fois dans l'ablation d'une tumeur située dans

l'épaisseur du ligament large avec contenu en partie suppuré, deux fois dans le cas de poches sanguines extrapéritonéales. Dans ces 4 cas on put suturer les bords libres des régions opérées et les séparer ainsi de la cavité péritonéale; le drainage uniquement du côté du vagin permit la sortie des sécrétions d'une façon suffisante et la guérison complète. La suture interne était si adhérente que l'injection poussée avec force par le vagin ne pénétrait pas dans la cavité abdominale. On acheva ensuite la toilette du péritoine et la réunion de la paroi cutanée se fit par première intention. L'extrémité du drain faisant saillie fut rabattue dans le vagin et recouverte d'un épais tampon d'ouate salicylée. Par ce procédé, les parois lacérées et suppurantes des tumeurs opérées ne peuvent verser leurs sécrétions dans la cavité du bassin, et le péritoine nullement irrité par les exsudats a moins de chances d'inflammation.

Le drainage prophylactique a été employé 22 fois par Martin pour des cas qu'il rattache au deuxième groupe :14 cas de carcinome dans lesquels l'extirpation vaginale fut totale, 5 cas de cancer où l'on se vit forcé de laisser des ganglions dégénérés, 2 cas d'adénome malin, 1 cas enfin de prolapsus utérin compliqué.

En résumé, d'après M. le Dr Martin, on ne fera le drainage dans les opérations péritonéales que lorsqu'on se trouve obligé de laisser en communication ouverte avec la cavité abdominale des poches à parois nécrosées et en voie de décomposition ou d'établir des sutures ou ligatures en rapport avec des régions qui sont continuellement contaminées par des matières plus ou moins septiques. Dans les premiers cas on isolera par des sutures la cavité péritonéale de la poche préalablement mise en communication avec le vagin par un drain qui permettra les lavages; dans les autres opérations on placera simplement un tube à drainage.

A. Veillard.

---

**Oophorectomie dans un cas de dysménorrhée.** — Le sujet de l'opération était une jeune fille de 21 ans. A la suite d'un effort, elle sentit une douleur violente dans le flanc gauche, et perdit une grande quantité de sang. Dès lors les règles devinrent de plus en plus douloureuses, malgré tous les calmants. La malade restait à peine, chaque mois, quelques jours sans souffrances.

Le Dr Jesset la décida à se laisser enlever les ovaires, et la fit trans-

porter, le 15 juillet 1880, à l'*Erith Cottage Hospital*, où il l'opéra le 17.

Il fit une incision de 10 centimètres sur la ligne médiane, divisa le péritoine, et alla à la recherche de l'ovaire droit, qu'il amena au dehors, et dont il lia le pédicule avec de la soie phéniquée; puis il le sépara avec les ciseaux. Même traitement pour l'ovaire gauche. Sutures de soie phéniquée pour l'incision, pansement à l'huile phéniquée, 1/40.

Le 20 septembre, l'opérée quitta le cottage en bon état; elle a repris ses occupations, mais n'a pas revu ses règles.

Les ovaires, envoyés à Londres, se sont perdus en route, et n'ont pu être examinés; ils étaient indurés. (*Lancet*, 1882, t. I, p. 910.)

A. CORDES.

---

**Déplacement antérieur de l'ovaire.** — M. Georges ENGELMANN a eu récemment l'occasion d'observer deux cas de déplacement antérieur de l'ovaire, affection rare et peu connue et cependant digne de toute l'attention du médecin.

Dans les deux cas, une chute paraît avoir été la cause première de l'affection ; chez l'une des malades qui avait un peu d'antéversion, l'ovaire déplacé était bien un peu augmenté de volume, mais il a semblé à M. Engelmann que c'était plutôt là une conséquence que la cause du déplacement. Les deux malades étaient nullipares, l'une mariée et stérile, l'autre vierge. Chez l'une et chez l'autre, tous les symptômes présentaient une très remarquable exacerbation à l'époque des règles, et, à un moindre degré, dans l'intervalle des époques, quand les malades étaient restées longtemps debout. A ces moments seulement on sentait dans l'aine une grossseur douloureuse, très sensible au toucher, qui, dans les deux cas, fut prise pour une hernie inguinale, erreur bientôt dissipée par l'examen du canal inguinal, et l'exploration du petit bassin par le toucher et le palper abdominal, exploration qui permettait de sentir l'ovaire déplacé et douloureux dans le sillon vésico-utérin. Les symptômes étaient notablement différents de ceux des déplacements postérieurs et latéraux de l'ovaire ; on ne constatait pas, par exemple, cette douleur si caractéristique pendant la défécation, le coït et la marche, qui résulte de la pression sur l'ovaire. Chez les deux malades de M. Engelmann, les symptômes étaient une grande lassitude physique et morale ; une irritabilité nerveuse, avec tendance à la tristesse allant, dans l'un des cas,

jusqu'au trouble mental, des douleurs lancinantes s'étendant jusqu'au genou du côté malade, des douleurs abdominales et de la céphalalgie. La coïncidence de troubles intellectuels avec les déplacements de l'ovaire a déjà été signalée par MM. Storer et Warner.

L'une des clientes de M. Engelmann approchait de la ménopause; les symptômes allaient en s'amendant, notre savant confrère se contenta d'un traitement palliatif; mais l'autre était une jeune fille, ses souffrances continuelles compromettaient son intelligence et son état général; il se décida à enlever l'ovaire malade et pratiqua l'opération de Battey dont la malade retira un très sensible bénéfice.

A ce propos, M. Engelmann ajoute quelques mots sur les indications et le procédé opératoire de l'ablation des ovaires. Pour lui, l'opération est indiquée :

1° Quand les ovaires sont le siège de vives souffrances, soit par suite de leur *déplacement* (hernie de l'ovaire), soit par suite d'une *lésion* (kyste, ovarite chronique, etc.);

2° Pour déterminer la ménopause, les ovaires étant eux-mêmes malades ou sains, chaque fois que la période menstruelle sera l'occasion d'une vive exacerbation des souffrances causées par une autre affection :

1° Troubles nerveux liés à des affections génitales;

2° Ménorrhagies dangereuses dans les cas de tumeurs utérines inopérables;

3° Absence de l'utérus ou du vagin, ou toute autre malformation irréparable s'opposant à l'écoulement du molimen menstruel.

M. Engelmann recommande de faire l'opération par la voie abdominale et de pratiquer l'incision sur la ligne blanche; les incisions latérales devant être réservées pour les cas où les ovaires sont en contact immédiat avec les parois abdominales. Il ne regarde l'opération par la voie vaginale comme admissible que lorsque les ovaires déplacés sont appliqués directement sur le vagin. Enfin il conseille d'enlever toujours les deux ovaires sous peine d'avoir un résultat incomplet. C'est du reste ce qui lui est arrivé à lui-même dans les cas que nous venons de citer, où il commit la faute de n'enlever que l'ovaire déplacé, faute dont il s'accuse en conjurant le lecteur de ne pas l'imiter. (*Two cases of Anterior Desplacement of the Ovary. Gynecological Transactions*, vol. V, 1881.)

VERMEIL.

**Traitement rationnel des déplacements antérieur et postérieur de l'utérus.** — Dans une communication faite sous ce titre à la Société obstétricale de Dublin, le Dr Arthur Macan établit d'abord la position normale de l'utérus d'après les recherches de Graily Hewitt, de Schultze et de Fritsch. Cette position est une antéflexion, d'autant plus prononcée que la vessie est vide ; variable suivant l'état de réplétion de ce réservoir et suivant la position de la femme, le fond de l'utérus pouvant parcourir dans ces mouvements physiologiques un arc de 48°. Aussi, pour que leurs résultats soient comparables, les examens doivent-ils toujours être faits, la femme étant couchée sur le dos et la vessie vidée. Enfin, normalement, l'utérus est toujours non seulement *mobile*, mais *flexible*, la rigidité du parenchyme utérin étant toujours pathologique, due à la métrite chronique ; d'où il résulte que les *versions* sont plus fâcheuses que les flexions. Les causes des déviations utérines sont : la pelvipéritonite et les brides qui fixent le fond de l'utérus (mais ce n'est pas cette variété que vise l'article de M. Macan), la métrite chronique et la congestion menstruelle qui font perdre à l'organe sa flexibilité ; enfin la rigidité et la rétraction inflammatoires des ligaments larges, inflammation péritonéale suivant Fritsch, qui l'appelle *périmétrite*.La rétraction des replis de Douglas produit l'antéversion en attirant le col en haut et en arrière contre la deuxième pièce du sternum.

De toutes ces considérations, il résulte :

1° Que l'antéflexion exige rarement un traitement mécanique et que le médecin doit le plus souvent borner ses efforts à traiter les complications (à moins cependant que le déplacement n'entraîne des troubles de la miction).

2° Que dans les rétroflexions et les rétroversions, la première indication est de traiter le déplacement, et, pour cela, d'opérer d'abord le redressement de l'utérus en le plaçant dans une antéversion exagérée, puis, de l'y maintenir, en fixant le col en arrière avec un pessaire. Le redressement sera opéré, soit avec l'hystéromètre dont on retournera la concavité, soit par une manœuvre bimanuelle plus facile à concevoir qu'à exprimer avec des mots.

3° Que la prétendue action de levier du pessaire de Hodge employé comme on le fait d'ordinaire est tout à fait irrationnelle. En effet, quand on a placé l'arc postérieur du pessaire dans le cul-de-sac postérieur derrière le fond de l'utérus, il se produit presque nécessairement un des trois accidents suivants : 1° la pression intra-abdomi-

nale qui s'exerce sur le fond de l'utérus repousse le pessaire en bas et le chasse du vagin; 2° le fond de l'utérus glisse d'un côté, et l'instrument de l'autre en tournant sur son axe; 3° enfin, si le pessaire garde sa position, la pression qu'il exerce sur le fond de l'utérus cause une douleur telle que la patiente ne peut le supporter.

Si donc on veut employer le pessaire de Hodge, il faut placer son arc postérieur dans le cul-de-sac *antérieur*, contre le col, qu'il repoussera en haut et en arrière, forçant ainsi le corps à basculer en avant. Pour arriver au même résultat, le professeur Schultze a imaginé un pessaire en forme de 8, l'anneau le plus petit placé en haut étant destiné à recevoir le col et à le maintenir dans la position indiquée.

M. Macan rappelle en terminant que ce qu'il vient de dire ne saurait s'appliquer aux cas où l'utérus est maintenu dans sa partie vicieuse par des brides péritonéales. (*Dublin journal of medical Science*, july 1882.)

VERMEIL.

---

Le Dr JACOBI a présenté à la Société obstétricale de New-York (séance du 4 octobre 1881) une **molaire congénitale** qu'il a enlevée à un enfant de deux semaines qui en avait deux. C'est la première fois qu'il a vu ce phénomène; il n'est pas très rare de voir un enfant venir au monde avec une ou deux dents, à la place que doivent occuper les incisives.

Le Dr Hunter n'a pas vu non plus de molaire congénitale (*Am. J. of. obst.*, 1882, p. 485).

---

**Diagnostic et traitement de la coqueluche.** — R. LEE affirme que la coqueluche est une maladie fort ancienne et très souvent mortelle. En 1678, sur 20,471 morts, une a été causée par la coqueluche, deux par la *chin-cough* (1). En 1738, on trouve une mort sur 177; plus tard, une sur 29; maintenant la mortalité est encore plus élevée. Lee croit que la coqueluche donne dans les classes pauvres plus de 10 0/0 du total des malades; suivant lui, elle est beaucoup plus commune chez les jeunes enfants qu'on ne le croit. Il est convaincu que, si un

(1) Ce terme, non médical, est composé de deux mots anglais : *chin*, menton, et *cough*, toux ; les dictionnaires le traduisent par coqueluche. (A. C.)

enfant, même âgé de quelques jours, est enfermé dans une chambre avec un malade atteint de coqueluche (*pertussis*), son âge ne le garantira pas; il ne met point en doute le caractère infectieux de la coqueluche qu'il classe parmi les fièvres, comme la scarlatine et la rougeole, plutôt que parmi les maladies spasmodiques. Puis il rapporte 21 cas qui montrent la difficulté du diagnostic et le temps que demande souvent le développement des signes caractéristiques qui, suivant lui, ne paraissent ordinairement que trente-deux jours après l'exposition à la contagion; cependant les symptômes obscurs peuvent se faire voir dix jours avant le moment qu'il vient de fixer. Le *cri* caractéristique de la coqueluche manque souvent chez les jeunes enfants, il est même rare. Cullen avait déjà reconnu que « quelques cas, venus par contagion du *chin cough*, ne présentent que les « signes d'un catarrhe ordinaire. »

Il n'est pas exact de dire que la maladie commence par un catarrhe (bronchite). L'économie est plus éprouvée et, lorsqu'on demande aux parents si l'enfant a pris froid, ils répondent généralement que non. Les prodromes sont plutôt ceux de maladies contagieuses; les plus accusés sont le refus de la nourriture, l'agitation, l'amaigrissement, une élévation plus ou moins considérable de la température et l'accération de la respiration. Un symptôme fréquent chez les jeunes enfants est la diarrhée; cependant, le dérangement intestinal coïncide dans la règle avec la diminution des autres symptômes; alors l'enfant succombe, en dépit de tout traitement, ou bien le malade paraît s'épuiser et les symptômes ne se reproduisent pas, ce qui paraît justifier le traitement de Sydenham par les purgatifs. Sir H. Holland croit que la coqueluche et ce qu'on appelait la fièvre rémittente des enfants ont la même cause.

Quant au traitement, l'auteur ne suggère rien de bien neuf. Il recommande l'inhalation des vapeurs phéniquées, les stimulants et les toniques contre les diarrhées et l'administration de l'huile de morue, de la quinine et du fer.

Pour Colston, la coqueluche est produite par un poison spécial absorbé et exhalé par la muqueuse broncho-pulmonaire; elle est donc éminemment contagieuse. Elle n'est point spéciale à l'enfance: « J'ai « vu, dit l'auteur, des fœtus l'apporter en naissant, leur mère l'ayant « eue avant d'accoucher »; elle est endémique et épidémique. Elle peut saisir celui qui s'est exposé au contage, subitement, comme la pneumonie aigüe, la méningite, ou peut rester endormie pendant des

mois, pour n'éclater que sous l'influence d'un refroidissement ou d'un changement de température. On peut en avoir une attaque en hiver, paraître guéri en été, et la voir revenir en hiver. Il se produit toujours des exacerbations entre 4 heures après midi et 8 ou 9 heures, puis entre 10 et 11 ou 5 et 6 heures du matin. Ces accès varient dans leur localisation, suivant l'organe sur lequel le poison a porté ses effets. (*Lancet*, juillet et août 1881.)

---

**Bande vaginale circulaire faisant obstacle à l'accouchement chez une pluripare.** — Wolczynski raconte le cas d'une femme qui avait déjà accouché, six ans auparavant, à l'aide du forceps. A six centimètres de la vulve, le doigt rencontrait un anneau inextensible, et, au-dessus, le col qui se dilatait. Il fallut sectionner cette bride, et appliquer le forceps, puis extraire manuellement le placenta adhérent.

Le troisième jour, la perte devint fétide, et on fit des injections phéniquées et des applications d'iodoforme. Quand l'accouchée, remise, quitta le service, la bride recommençait à se former. (*Centralb. f. Gyn.*, n° 16, 1882. — *Am. Journ. of obst.* Supplément de septembre 1882.)

A. Cordes.

---

**Menstruation supplémentaire ectopique.** — Le Dr Gordon rapporte le cas curieux d'une dame qui perd, à chaque époque menstruelle, du sang par le pouce. L'écoulement utérin se fait conjointement avec celui du pouce ; et ces deux pertes se sont arrêtées pendant les grossesses et la lactation. (*Am. J. of obst.*, 1882, p. 343.)

---

**Rupture utérine.** — Le Dr H. P. Wenzel (de Milwankee) cite la statistique de Ames, à laquelle il ajoute 3 cas réunis par lui : au total.

108 ruptures utérines présentées par 103 femmes.

36 cas de survie de la mère : 33,3 p. 100.

66 cas de mort : 61,1 p. 100.

6 terminaisons inconnues : 5,6 p. 100.

Ces 103 malades ont eu 110 enfants (1 cas de trijumeaux, cité par Barnes); 90 enfants ont succombé avant de voir le jour (82 p. 100); 6 ont vécu (5,4 p. 100); 14 fois on n'a pas connu le résultat (12,7

p. 100); le tiers environ des femmes survivent à la rupture, et 9 enfants sur 10, à peu près, succombent avant de naître.

Le cas I est celui d'une femme qui eut deux fois une rupture utérine. La première fois, la tête du fœtus passa à travers la fente; après l'extraction du fœtus, une masse intestinale sortit par la vulve; elle fut réduite, et on fit le tamponnement vaginal lâche, pour éviter le retour de la hernie. Elle se reproduisit cependant au bout de douze heures. La malade se remit. Au bout de deux mois, on voyait avec le spéculum une fissure large de 6 millimètres, s'étendant obliquement à travers la lèvre antérieure du col, un peu à gauche, et couverte de granulations qui saignaient au contact de la sonde.

Un an plus tard, Mme K... redevint enceinte, et avorta au quatrième mois; deux mois après, nouvelle grossesse, accouchement prématuré à six mois. Enfin, deuxième grossesse, allant à terme.

Au bout de quatre heures de contractions normales, les douleurs cessent subitement, la parturiente est prise d'hémorrhagie ; le chirurgien trouve la tête hors de la cavité utérine, version podalique. Mme K... meurt au bout de vingt-quatre heures; la rupture s'était produite dans la cicatrice de l'ancienne déchirure.

Cas II. — Mme D... a eu huit accouchements longs et difficiles ; le 14 novembre 1875, elle est prise des douleurs; le 16, elle perd les eaux, et un peu de sang ; les douleurs cessent ; la sage-femme, inquiète, fait chercher un médecin; le 18, le Dr Manley est appelé. Il trouve le col élevé, presque inaccessible, dur et ferme, le fœtus dans l'utérus, et une rupture transversale de 10 centimètres de longueur à l'union du corps avec le col intéressant le vagin. Le Dr Manley fit l'extraction du fœtus par la fente, le col étant fermé absolument. Mme D... meurt le 23 au matin ; pas d'autopsie ; l'axe pelvien était oblique à droite, la crête iliaque droite était de 38 millimètres plus haute que celle de gauche.

Cas III. — Quatrième accouchement ; les trois premiers avaient été normaux. Une heure après l'arrivée du Dr Moore, les eaux s'écoulent, tout progresse favorablement, la tête s'engage dans le détroit inférieur (?). Mme G... pousse un cri aigu et se plaint d'une sensation de déchirure. Extraction du fœtus au moyen du forceps.

Cinq ans plus tard, Mme G... devient enceinte, tout va bien jusqu'à la dilatation complète ; elle est prise soudain d'un frisson, d'un choc, les douleurs s'arrêtent. Après l'extraction de l'enfant, une anse

intestinale paraît à la vulve, on la réduit, et on extrait plusieurs caillots du péritoine. La malade se remit. La première déchirure, dit le Dr Moore, avait 10 centimètres de longueur, se trouvait sur la paroi utérine postérieure et s'étendait de 25 millimètres de longueur dans le vagin; la seconde suivait la même ligne. Le Dr Moore ne peut pas obtenir la permission de faire un examen complet de Mme G..., qui souffre encore quand elle s'accroupit, et se fatigue aisément.

Si le fœtus est totalement ou en partie dans l'utérus, conclut le Dr Wenzel, et si l'orifice est dilaté ou dilatable, il faut délivrer comme d'habitude; si l'enfant est passé tout ou partie dans la cavité abdominale, et que la dilatation de l'orifice ne permette pas les manœuvres nécessaires, il faut faire la gastrotomie dans l'intérêt de la mère; il se peut que l'on sauve le fœtus.

Si cela est possible, on doit faire la version podalique; le morcellement du fœtus dans la cavité abdominale est fort difficile, et expose la mère; si l'on ne peut faire la version, et si l'application du forceps est impraticable, il faut faire immédiatement la gastrotomie, lorsque le fœtus a passé dans le ventre.

Quant aux anesthésiques, leur effet ultérieur dépressif peut contrebalancer les avantages qu'ils présentent pour l'opération elle-même.

L'auteur termine en disant qu'on peut considérer comme échecs, c'est-à-dire *morts*, tous les cas dans lesquels le résultat n'est pas indiqué; ce qui donne une statistique dans la rupture utérine :

Pour la mère, issues funestes : 66,6 p. 100.

Pour l'enfant : 94,5 p. 100. (*Am. J. of obst.*, 1882, p. 373.)

---

**Rupture de l'utérus du vagin.** — Le Dr Thomas (de Pittsburg) raconte le cas suivant : Mme P... (M.., 35 ans, a déjà accouché huit fois normalement; elle croit avoir dépassé son terme cette fois. Elle a eu des douleurs d'accouchement depuis trente-six heures environ; elles se sont arrêtées, et ont été remplacées par des douleurs d'un caractère particulier, accompagnées d'hémorrhagie.

Thomas trouva l'utérus vide, en avant, vers le pubis; puis le placenta, qu'il ne put extraire; plus profondément, une anse intestinale. Faisant une seconde tentative, l'auteur arriva, à travers la déchirure, sur la tête, puis réussit à empoigner un pied, puis l'autre; il fit l'extraction des mains, l'une après l'autre, en commençant par la droite, qui se trouvait en arrière. L'extraction de la tête fut malaisée. Enfin

le placenta put être amené au dehors. Pas d'autopsie; mais l'auteur croit que le col était déchiré sur la droite, et que la fente s'étendait depuis l'orifice dans le vagin, et séparait cet organe de l'utérus, de droite à gauche, sur toute l'étendue du cul-de-sac de Douglas. Thomas recommande, lorsque la rupture n'intéresse que le corps utérin, de faire la gastrotomie; car la toilette de la cavité péritonéale est hors de question dans cette opération. Mais lorsqu'à la rupture utérine se joint une déchirure vaginale, l'auteur se demande si la malade aurait une meilleure chance de guérison par l'ouverture de l'abdomen, ou par l'extraction du fœtus par les voies naturelles? (*Am. J. of obst.*, 1882, p. 430.)

---

**Extirpation de l'utérus entier.** — Dans ces derniers temps, l'extirpation de l'utérus par la laparotomie a été supplantée par l'opération vaginale. Haidlen, de Stuttgard, rapporte sept nouveaux cas d'extirpation par le vagin; 4 guérisons, 3 morts. Parmi ces cas, en voici un remarquable :

Femme âgée de 47 ans. Vingt et un mois auparavant a été opérée d'un fibroïde pédiculé fixé sur la lèvre antérieure. Utérus fortement fléchi en arrière et solidement fixé dans le cul-de-sac rétro-utérin. Pour dégager le champ opératoire, et faire de la place, Haidlen fait une incision de 3 centimètres de profondeur dans le corps périnéal.

En séparant l'utérus du rectum, ce canal fut accidentellement ouvert. L'orifice se réunit, la fistule recto-vaginale se ferma spontanément. La plupart des symptômes dus à la flexion utérine ne reparurent pas.

Haidlen passe en revue 59 cas d'extirpation de l'utérus par le vagin. 18 (34 p. 100) des opérées moururent de causes dues à l'opération (septicémie, le plus souvent; hémorrhagie une fois). La vessie fut ouverte dans deux cas, le cancer ayant envahi ses parois. Les uretères n'ont jamais été lésés. Dans la plupart des cas notés comme guéris, le mal a reparu de six à douze semaines. Un seul cas, cité par Haidlen, continue à bien aller dix-huit mois après l'opération.

Quant au mode opératoire, Haidlen se prononce hautement en faveur de la suture du péritoine, et contre le drainage; elle protège mieux la cavité péritonéale contre l'infection venue du vagin.

---

**Influence des fistules urinaires sur les fonctions génitales.** — Kroner, de Breslau, a observé des désordres dans la *menstruation*; fréquemment, les règles cessent tout à fait ; elles sont irrégulières, peu abondantes et douloureuses. Une menstruation régulière est une exception. Les dérangements menstruels paraissent dus aux conditions pathologiques de l'utérus causés par la dystocie qu'a produite la fistule.

La *conception* est peu commune, tant à cause du *taedium coeundi*, que par suite de quelque désordre utérin ou circa-utérin.

La *grossesse* se termine très souvent par l'avortement, qui dépend moins de la fistule que de l'état morbide de l'utérus.

L'*accouchement*, s'il est compliqué, paraît l'être plutôt par le rétrécissement cicatriciel que par le siège ou l'étendue de la fistule. Il faut remettre après l'accouchement toute opération sur la fistule.

---

**La cellule ovarique est-elle pathognomonique?** — Edwards a trouvé, au bout de cinq semaines, dans du pus venant d'une plaie d'amputation, mis en bouteille, la cellule dite caractéristique des kystes ovariques. Elle se trouve cependant si fréquemment dans les kystes de l'ovaire, que sa présence a une grande valeur diagnostique. (*Am. J. of. med. sc.*, avril 1882, et *Suppl. am. J. of Obst.*, juin 1882.)

A. Cordes.

---

**Accouchement prématuré artificiel**, par le Dr F. Barnes. — Mme A. J..., âgée de 29 ans, est enceinte de six à sept mois. Elle a accouché une première fois à sept mois, sans instruments, mais avec lenteur ; l'enfant mourut au bout de deux ans. Le second enfant subit la craniotomie.

A l'examen, le 23 septembre 1882, on trouve le col fort élevé en avant du promontoire et déchiré à gauche, l'angle sacro-vertébral fait une saillie considérable, le détroit supérieur est rétréci dans son diamètre oblique.

Le même jour, on introduit dans l'utérus une bougie olivaire qui amène des contractions ; le 25, on l'enlève, le col se dilate ; le 27, on rompt les membranes; la malade n'a pas de douleurs, elle dort tout le jour. A midi et demi, le 28, on la chloroforme, et on introduit l'un

après l'autre deux sacs hydrostatiques de Barnes; le col se dilate lentement, et, quelques heures plus tard, permet l'introduction de l'extrémité de quatre doigts, à l'aide desquels on reconnaît une présentation dorso-antérieure, et on fait la version bipolaire. Le col faisant obstacle à la sortie de la tête, le Dr F. Barnes se décide à perforer le palais. L'enfant pesait 4 livres. L'opérée se remit rapidement.

Ce cas, dit le Dr F. Barnes, est un excellent exemple de déformation pelvienne progressive. Les accouchements de Mme J... ont été de plus en plus difficiles et dangereux. Elle avait été envoyée au *British Lying in Hospital*, par le Dr Hentsch, de Camberwell, à cause du danger qu'elle avait couru dans ses couches précédentes. (*British med. journ.*, 1882, p. 840.) A. Cordes.

---

**Placenta prævia**, par le Dr Ingerslev. — Le travail très complet de Ingerslev, de Copenhague, porte sur 31 cas observés à la maternité de Copenhague.

La théorie d'après laquelle l'insertion vicieuse du placenta serait due à des contractions utérines pathologiques, et doit être considérée comme la suite d'un avortement arrêté, est due à un Suédois, Sirelius (*Akadém., afh.* 1861), seize ans avant la monographie de Müller, publiée à Stuttgard, en 1877.

Le placenta, lorsqu'il est fixé en un point où la caduque ne peut que mal le nourrir, présente souvent des anomalies d'aspect et de structure; il est fréquemment étalé et aminci. Le voisinage du point où s'insère le cordon est la seule partie épaisse et compacte; le reste de l'organe présente l'aspect d'une membrane parsemée de groupes villeux qui forment des protubérances noueuses à la surface du chorion. Le gâteau placentaire peut affecter la forme d'un fer à cheval.

L'ancienne doctrine, qui veut que l'hémorrhagie accompagnant l'insertion vicieuse soit due à un détachement graduel du placenta, ne paraît pas tenir ferme. Si la perte était causée par le développement graduel du segment utérin inférieur, elle devrait se produire régulièrement pendant les derniers mois de la grossesse; et ce n'est pas le cas. Sur 47 observations de Ingerslev, 21 fois la grossesse parvint à son terme, et sur ces 21 cas, 5 fois la perte ne commença qu'avec les douleurs de l'accouchement. Dans 27 autres cas, la gestation se termine trop tôt. 11 fois, la perte ne se produisit pas avant le tra-

vail ; dans un tiers des cas $\left(\frac{16}{47}\right)$ l'hémorrhagie ne survint qu'au moment du travail. La perte sanguine se produit et se révèle, en général, plus fréquemment avant l'accouchement, lorsque l'insertion est centrale, que lorsqu'elle est marginale, — dans un peu plus que les deux tiers des cas.

Les causes, comme un premier accouchement ou une présentation de la tête, qui favorisent le développement du segment utérin inférieur, n'amènent pas des hémorrhagies prématurées, ni répétées. Il en résulte *qu'une hémorrhagie abondante dans l'insertion vicieuse a un caractère assez accidentel*. Lorsque le placenta n'a pas son élasticité normale, il ne peut pas suivre l'ampliation du segment utérin inférieur, et la cause la plus légère peut amener un détachement et une hémorrhagie.

La perte après la délivrance est rare, mais fort dangereuse ; elle est due à l'atonie du gîte placentaire, qui, situé dans la partie inférieure de l'utérus, se rétracte plus malaisément que le segment supérieur, plus épais. Elle a souvent aussi pour cause les déchirures du col qui est friable et peut avoir subi un traumatisme dans les manœuvres. Ingerslev recommande le tampon comme Spiegelberg ; il ne rompt les membranes de bonne heure que lorsque les douleurs sont fortes, le bassin suffisamment spacieux, lorsque c'est la tête ou le siège qui se présente et surtout lorsque le col est assez dilaté pour permettre, s'il le faut, la version ou l'application du forceps. (*Suppl. à l'Am. J. of Obst.*, mai 1882.)

---

**Sur l'ovariotomie.** (Pratique du D[r] KEITH, d'Edimbourg.) — Dans cet article, M. Yandell nous initie aux moindres détails de la pratique du grand ovariotomiste d'Edimbourg, qui lui a fourni lui-même tous les éléments de ce travail. Nous ne le suivrons pas dans l'énumération de toutes les minuties de l'ovariotomie aujourd'hui si connue, la pratique de M. Keith n'offrant du reste rien de bien particulier, si ce n'est l'horreur, qu'après un essai loyal, il professe aujourd'hui pour la méthode antiseptique.

Dans une période de plus de 14 ans, M. Keith a fait 230 ovariotomies sans employer les antiseptiques, et a perdu environ 1 malade sur 7, la mortalité allait même en diminuant ; dans les cinq dernières années, elle n'était que de $\frac{1}{10,5}$ ; enfin il n'avait eu qu'un

décès sur 22 opérées, l'année qui précéda l'emploi de la méthode antiseptique. Dès le début, dans les huit premières opérations faites sous la pulvérisation phéniquée, M. Keith eut 2 décès coup sur coup, puis une série de 80 succès. Il ne se servait alors que de solutions faibles.

Dès qu'il eut commencé à employer la solution au 1/20e usitée par Lister, il remarqua que ses opérées avaient toujours, la nuit qui suivait l'opération, une haute température : 104°, 105°, 107° (Farenheit), ce qui ne lui était jamais arrivé ; et il se vit forcé d'employer souvent la vessie de glace pour abaisser la température. Un jour, il perdit de septicémie aiguë une femme opérée dans les meilleures conditions et qu'il aurait certainemet sauvée, s'il eût pratiqué le drainage comme il le faisait avant l'emploi des antiseptiques. Une autre malade, prise d'une fièvre intense et de vomissements 30 heures après l'opération, eût certainement succombé s'il n'eût fait le drainage. Cette sorte d'alternative entre la septicémie et le drainage se représenta encore deux fois de suite. Une malade non drainée mourut.

Enfin 4 femmes opérées à l'amphithéâtre de l'hôpital eurent des hémorrhagies rénales et deux d'entre elles moururent. Il n'y eut plus alors de doute dans l'esprit de M. Keith; non seulement l'acide phénique lui avait donné une fausse sécurité contre la septicémie, mais il déterminait de véritables empoisonnements. M. Keith lui-même fut atteint ; il eut lui aussi des hématuries qui cessèrent pendant les vacances et reprirent à la rentrée. C'en était trop. Après cette série malheureuse, M. Keith abandonna complètement la méthode de Lister, au moins dans le sens rigoureux du mot. Il est revenu à la pratique du drainage, a supprimé la pulvérisation et ne se sert plus de l'acide phénique que pour laver les éponges ; encore ne les lave-t-il quelquefois qu'à l'eau chaude. Depuis qu'il a délaissé la pratique antiseptique, M. Keith a fait 38 ovariotomies sans un seul décès, bien que la plupart aient été faites à l'hôpital. Son opinion sur la méthode de Lister se résume donc par ce jugement sévère : Sécurité trompeuse et accidents toxiques fréquents. (*American Practitioner*, novembre 1881.) VERMEIL.

**Cas de physométrie.** — Les observations de cette nature sont assez rares, et quand on a la bonne fortune de trouver un cas de ce genre bien observé et bien authentique, nous nous empressons de le signaler à l'attention de nos lecteurs.

*Observation de M. Roustan.* — L'auteur fut appelé près d'une femme de 37 ans, réglée depuis l'âge de 13 ans, la menstruation avait toujours été très abondante, et le liquide menstruel renfermait souvent des caillots.

Après une époque menstruelle semblable aux autres, l'emploi du seigle ergoté, de la limonade sulfurique et du perchlorure de fer avaient amélioré tellement l'état de la malade qu'elle se croyait enceinte parce qu'elle voyait grossir son ventre. Quatre ou cinq mois plus tard, M. Roustan est appelé en toute hâte pour une sortie bruyante de gaz fétides par les parties génitales survenue au moment du saut du lit et accompagnée de l'évacuation d'une matière semblable à de la lavure de chair. Les *seins* sont augmentés de volume, avec coloration *de l'aréole et sécrétion lactée*; l'utérus est volumineux comme au cinquième mois de la grossesse, mais la percussion ne *donne pas de matité.* Les lèvres sont entr'ouvertes et séparées par une petite tumeur. Le fœtus, s'il y en a un, devant être mort, on pratique le cathétérisme utérin avec une sonde élastique, et l'on obtient la sortie, avec sifflement, d'une grande quantité de gaz fétide.

Le lendemain, le ballonnement utérin avait beaucoup diminué; sonorité hypogastrique; rien à l'auscultation. La percussion ne donne pas lieu au bruit hydro-aérique. On essaye l'arrachement de la tumeur avec des pinces, elle ne vient que par lambeaux, mais on finit par la détacher tout entière avec des ciseaux. Injections phéniquées.

En huit jours tout rentre dans l'ordre. Un mois après, menstruation plus abondante et plus douloureuse que de coutume, les caillots sont rares. Quand l'écoulement est terminé, on procède à l'examen, et l'on constate des granulations sur la lèvre postérieure. Injection intra-utérine avec :

| | |
|---|---|
| Glycérine.................. | 25 grammes. |
| Iodure de potassium........ | 1 — |
| Iode métallique............ | 50 centigrammes. |

Le surlendemain on introduit dans le col aussi profondément que possible un pinceau chargé de nitrate d'argent en poudre. Ce traite-

ment est renouvelé la nuit suivante. Aujourd'hui la guérison paraît complète.

*Remarques.* — Barnes avait déjà signalé la turgescence des seins avec sécrétion lactée, Gooch et Scanzoni le bruit produit par la sortie des gaz. (*Gazette hebdom. de Montpellier.*)

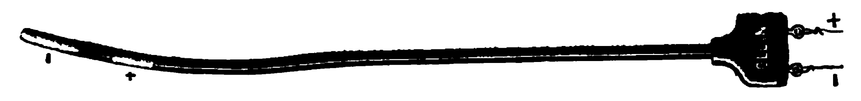
Paul RODET.

---

# VARIÉTÉS

**Présentation d'instrument.** — Le Dr Dujardin-Beaumetz présente à l'Académie de médecine, dans sa séance du 20 février 1883, un *Nouvel excitateur du Dr Apostoli.*

Cet instrument a pour but de remplacer la faradisation unipolaire exclusivement employée jusqu'à ce jour, un pôle étant placé dans l'utérus et l'autre sur le ventre, par une faradisation double ou bipolaire, les deux pôles étant concentrés dans l'utérus.




Ce nouveau procédé, d'une pratique aussi simple que l'ancienne, est destiné à rendre l'opération :

1° *Plus facile*, en supprimant le concours souvent obligatoire d'un acide ;

2° *Moins douloureuse*, en évitant toute action sur la peau et par suite la douleur consécutive à l'application des tampons au-dessus du pubis ;

3° *Plus active*, en localisant l'action du courant dans l'utérus et en permettant ainsi d'élever facilement l'intensité électrique au maximum des appareils médicaux, ce qui n'était que très rarement possible auparavant.

4° *Plus efficace*, en augmentant la contractilité utérine et par suite les effets thérapeutiques qui en sont la conséquence directe.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

## (GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

*Etiologie et traitement de certaines formes d'endométrites*, par ROUTH. (*British medical Journal*, 2 sept. 1882, p. 411.)

*Un cas d'opération de Porro, suivi de guérison*, par SAVAGE. (*British medical Journal*, 2 sept. 1882, p. 423.)

*Cas d'application difficile de forceps dépendant d'un état particulier du cordon*, par DILLON. (*British medical Journal*, 16 sept. 1882, p. 522.)

*The vaccination question*. Conférence faite par le Dr P.-A. TAYLOR. Extrait des *Hansard's parliamentary debates*, vol. CCLII. — Londres, Waterlow et Sons, 49, Parliament Street.

*La castrazione nel mio-fibroma dell'utero sostituita dalla legatura dei legamenti larghi*, par le Dr Giovanni COSENTINO. Palerme, 1882.

*Double prolapsus ovarien chez une hystérique; compression ovarienne intra-vaginale produisant le transfert; phénomènes d'ovulation tangibles*, par le Dr Hippolyte BARADUC (fils). Note lue à la Société de biologie, mars 1882. Davy, imprimeur.

*Traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin*, par EUSTACHE. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, 1882.

*Twenty cases of ovarian cysts treated By Electrolysis*, par Frédéric SEMELEDER. Extrait de *The American J. of obstetrics*, juillet 1882.

*The rational treatment of anterior and posterior desplacements of the uterus* par Arthur V. MACAN. Extrait de *The Dublin Journal of medical science*, juillet 1882.

*Report on Surgery*, par ROBERTS. Extrait de *The American Practitioner*, juin 1882.

*On the treatment of Cancer*, par John CLAY. Churchill, éditeur, 4, New Burlington Street London.

*Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère* pour 1883, par E. BOUCHUT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 255 pages. Prix : 4 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

*Le gérant :* A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT.
A. DAVY, Sucr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

# ANNALES
# DE GYNÉCOLOGIE

**Avril 1883**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### RAPPORTS DES COLIQUES HÉPATIQUES
### AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT (1).

**Par le Dr J. Cyr, inspecteur-adjoint à Vichy.**

En recherchant l'étiologie ou la pathogénie des nombreux cas de lithiase biliaire que les conditions particulières de notre pratique nous mettaient à même d'observer, nous remarquâmes tout d'abord que plusieurs fois, et sans qu'il y eût d'autre cause bien manifeste, cette affection était survenue peu de temps après l'accouchement chez des femmes qui n'avaient pas nourri. Nous vîmes dans ce fait une confirmation de ce rapport pathogénique émis déjà depuis longtemps entre la suppression d'une sécrétion dont la matière grasse forme en-

(1) Mémoire lu à la Société médico-pratique, séance du 28 mars 1883.

viron le vingtième et la manifestion d'une maladie où l'excès de cholestérine joue un rôle important : il y avait là comme une sorte de métastase graisseuse qui était bien de nature à séduire l'esprit, car elle semblait donner pleine satisfaction à la théorie et à la pratique. C'est précisément en cherchant à confirmer ces vues par de nouveaux faits que nous avons été amené à une opinion toute différente, ainsi que cela arrive souvent quand on n'a d'autre parti pris que celui de rechercher la vérité.

En effet, nous ne tardâmes pas à rencontrer, surtout dans la pratique hospitalière, nombre de cas de lithiase biliaire où ce rapport pathogénique faisait complètement défaut, mais dans lesquels figurait un autre élément pathogénique, commun également aux faits de suppression de la lactation, c'est-à-dire la gestation. Nous nous demandâmes alors si ce dernier facteur n'était pas beaucoup plus important au point de vue pathogénique que le précédent, et s'il ne devait pas être rangé parmi les causes prédisposantes ou déterminantes les plus sérieuses de l'affection calculeuse du foie.

La suite de nos recherches sur ce point nous a confirmé dans cette idée et tel est le sujet du travail que nous avons l'honneur de vous soumettre.

Avant d'aller plus loin, nous devons déclarer que la question des rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement n'est pas absolument nouvelle ; mais on peut dire du moins qu'elle a été jusqu'ici peu étudiée. La plupart des ouvrages généraux de pathologie sont muets sur cette question, de même du reste que les traités d'obstétrique, dans lesquels une large place est toujours faite aux accidents pathologiques de la grossesse et aux suites de couche. Quant aux auteurs qui ont écrit plus spécialement sur les maladies du foie ou sur la lithiase biliaire, sauf M. Durand-Fardel, qui admet formellement l'influence de la grossesse comme cause prédisposante et M. Willemin, qui consacre à ce sujet quelques pages de son livre sur les coliques hépatiques, avec une dizaine d'observations à l'appui, ils ne nous fournissent pas

non plus de renseignements, ou tellement vagues qu'ils n'ont pas grande importance. Nous devons enfin rappeler que, l'an dernier, notre savant collègue M. Huchard a publié dans l'*Union médicale* (18 et 25 avril 1882) un article dans lequel il rapportait trois observations personnelles et plusieurs autres qui lui avaient été communiquées par différents confrères et par nous-même.

Il nous a donc semblé que de nouvelles observations n'étaient pas inutiles pour mieux établir un fait encore aussi peu connu ou aussi peu vulgarisé que celui des rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement. Nous aurions pu emprunter aux auteurs divers cas isolés où on trouverait ce rapport manifeste bien qu'il n'y ait pas été spécialement signalé : Murchison, Fauconneau-Dufresne, Frerichs, Thudichum, Th. Cole, Bax (de Corbie) et autres nous en auraient fourni un certain nombre ; mais nous avons pensé que les faits observés par nous formaient un contingent assez sérieux pour pouvoir nous passer de cet appoint.

En réalité, ce ne sont que des faits que nous apportons, mais en nombre suffisant, ce nous semble, pour pouvoir en tirer un enseignement. Quant à en rechercher l'explication, nous ne prétendons pas qu'il serait oiseux de le faire, nous le tenterons même ; mais c'est là, pour le moment, un point secondaire et sur lequel nous n'avons pas l'intention d'insister outre mesure.

Voici d'abord les faits, tous rapportés on ne peut plus sommairement et en n'y laissant que ce qui se rapportait au sujet, de manière à ne pas lasser trop vite l'attention, soumise déjà à une assez rude épreuve par le résumé d'une cinquantaine de cas.

Obs. I. — Salle Sainte-Clotilde, n° 4, juin 1880. — Début de la maladie trois semaines après son premier accouchement ; elle nourrissait. Pas de crampes d'estomac auparavant. Diarrhée habituelle antérieure, sauf pendant la grossesse et les deux premières semaines après l'accouchement.

Obs. II. — Salle Sainte-Clotilde, n° 8, juin 1880. — Forte crise un mois et demi après son accouchement. Crises antérieurement à la grossesse, pendant laquelle la malade n'en a aucune. Elle a nourri.

Obs. III. — Salle Sainte-Clotilde, n° 5, juin 1880. — A eu sa première crise peu de temps après son premier accouchement; elle nourrissait.

Obs. IV. — Salle Sainte-Anne, n° 16, juillet 1881. — A eu sa première crise hépatique huit jours après son premier et unique accouchement; elle avait eu auparavant des crampes d'estomac.

Obs. V. — Salle Sainte-Anne, n° 10, juillet 1881 (malade évacuée du service du professeur Laboulbène). — Début de ses crises dix jours après son neuvième accouchement. Elle a nourri tous ses enfants.

Obs. VI. — Salle Saint-Anne, n° 16, juin 1881. — Première crise deux jours après l'accouchement; mais elle a éprouvé une vive frayeur.

Obs. VII. — Malade externe, n° 9, juin 1881. — Première crise immédiatement après son cinquième accouchement; prodromes pendant la grossesse. Quatre enfants nourris à un an et demi ou deux ans d'intervalle; le cinquième n'a pu être nourri que peu de temps faute de lait.

Obs. VIII. — Malade externe, n° 1, juin 1881. — Début de la maladie le lendemain de son premier accouchement. Pas de crise pendant la deuxième grossesse, mais crise le lendemain du deuxième accouchement, vingt-deux mois après le premier. C'est à partir de ce moment que les crises ont augmenté de fréquence.

Obs. IX. — Malade externe, n° 10, juin 1881. — Crampes d'estomac et légères douleurs hépatiques étant enceinte; première crise peu de temps avant le cinquième accouchement, puis calme relatif pendant deux ans et demi. Deuxième crise quinze jours avant le huitième et dernier accouchement; les crises ont continué après.

Obs. X. — Salle Saint-Anne, n° 2, mai 1881. — Crises gastralgiques antérieures consécutivement à une fausse couche. Première crise hépatique pendant sa première grossesse menée à terme.

Obs. XI. — Salle Saint-Anne, n° 6, juin 1881. — Première crise pendant les premières douleurs de son septième accouchement.

Obs. XII. — Malade externe, n° 3, juin 1881. — Première crise sept mois après son premier accouchement; elle nourrissait.

Obs. XIII. — Salle Sainte-Clotilde, n° 11, juin 1881. — Première crise six mois aprés son premier accouchement; elle nourrissait. Amélioration considérable, puis rechute trois semaines après son second accouchement; elle nourrissait de nouveau.

Obs. XIV. — Salle Sainte-Clotilde, n° 3, juillet 1881. — A nourri cinq enfants en onze ans. C'est pendant une lactation prolongée (nourrisson après avoir nourri déjà son enfant) que la maladie a débuté.

Obs. XV. — Salle Saint-Anne, n° 7, septembre 1880. — Début de la maladie cinq à six semaines après une fausse couche à six mois.

Obs. XVI. — Salle Sainte-Anne, n° 9, mai 1881. — Première crise le lendemain d'un accouchement gémellaire.

Obs. XVII. — Malade externe, n° 6, septembre 1880. — Première crise de colique hépatique huit jours après son accouchement; elle ne nourrissait pas.

Obs. XVIII. — Salle Sainte-Anne, n° 19, août-septembre 1880. — Première crise dix jours après son premier accouchement; elle nourrissait. Crampes d'estomac auparavant.

Obs. XIX. — Salle Sainte-Anne, n° 9, juillet-août 1880. Malade évacuée du service de M. M. Raynaud. — Début de la maladie trois semaines après son accouchement. Elle ne nourrissait pas.

Obs. XX. — Salle Sainte-Rosalie, n° 2, juin 1882. — Début de la maladie quatre mois après son troisième accouchement; a nourri ses deux premiers enfants et le troisième jusqu'à sept mois.

Obs. XXI. — Salle Sainte-Anne, n° 19, juin 1882.— Premières douleurs hépatiques quatre à cinq semaines avant son premier accouchement. A nourri son enfant pendant cinq semaines seulement, empêchée de continuer par abcès du sein. Aggravation lente à sa deuxième grossesse et après le second accouchement.

Obs. XXII. — Salle Sainte-Clotilde, n° 2, juin 1882. — Première crise deux à trois mois après son premier accouchement; elle nourrissait.

Obs. XXIII. — Salle Sainte-Anne, n° 14, juillet-août 1882. — Première crise au troisième mois de la première grossesse. Toujours souffrante jusqu'à un mois après son accouchement.

Obs. XXIV. — Salle Sainte-Rosalie, n° 8, juillet-août 1882. — Premières douleurs hépatiques au sixième mois de sa neuvième grossesse. Elle a nourri tous ses enfants et plusieurs nourrissons. La première véritable crise eut lieu trois mois après l'accouchement.

Obs. XXV. — Salle Sainte-Anne, n° 4, aout-septembre 1882. — A eu quinze enfants; n'en a nourri aucun. La dernière grossesse a été gémellaire. C'est au quatrième mois de cette grossesse qu'ont commencé les premières douleurs hépatiques, bientôt suivies d'un ictère qui a déterminé l'accouchement à sept mois. Chagrins antérieurs à la grossesse, mais jamais de douleurs hépatiques avant le quatrième mois de cette grossesse.

Obs. XXVI. — Salle Sainte-Anne, n° 8, août-septembre 1882. — C'est deux mois et demi à trois mois après son deuxième accouchement que se sont déclarées les premières douleurs hépatiques. Les douleurs ont ainsi persisté au creux épigastrique, à l'hypochondre droit et en arrière, très fréquentes, mais d'intensité médiocre. La première forte crise n'a eu lieu que quatre ans après le début de ces douleurs et a été suivie d'ictère.

Obs. XXVII. — Salle Sainte-Anne, n° 9, août-septembre 1882. — Huit enfants en dix-sept ans; six seulement arrivés à terme, tous nourris. C'est trois jours après le quatrième accouchement que la malade a commencé à ressentir ses premières crises hépatiques qu'on prit pour une maladie de matrice. Sept semaines après l'accouchement, première jaunisse. Les crises ont disparu pendant la septième grossesse et reparu après l'accouchement.

Obs. XXVIII. — Salle Sainte-Clotilde, n° 10, août-septembre 1882. — Début de la maladie deux mois après son quatrième accouchement. Déjà pendant cette grossesse, douleurs d'estomac. Nourri ses quatre enfants, plus deux nourrissons.

Obs. XXIX. — Salle Sainte-Clotilde, n° 11, août-septembre 1882. — Cinq accouchements : le premier à 18 ans, le deuxième à 19, ce dernier gémellaire. A nourri le premier enfant et celui des deux jumeaux qui a survécu. Première crise trois mois environ après le deuxième accouchement. Cette grossesse avait été particulièrement fatigante. Les troisième, quatrième et cinquième couches n'ont pas aggravé la maladie.

Obs. XXX. — Salle Sainte-Clotilde, n° 12, août-septembre 1882. — Première crise un mois après le sixième accouchement. Il est vrai que la malade avait eu de nombreuses frayeurs; elle se trouvait à Metz pendant la guerre de 1870. Amélioration pendant les autres grossesses et aggravation après l'accouchement.

Obs. XXXI. — Salle Sainte-Rosalie, n° 1, août-septembre 1882. — Début de la maladie à la suite d'une fausse couche à six mois, survenue après quatre mois de pertes. Crises toutes les trois semaines, ictère chronique, etc.

Obs. XXXII. — Salle Sainte-Rosalie, n° 3, août-septembre 1882. — Début de la maladie du cinquième au sixième mois de la première grossesse. Le mal a augmenté à mesure que la grossesse avançait. Amélioration après l'accouchement. Retour des crises dès le début de la deuxième grossesse. Père de la malade atteint de coliques hépatiques, frère très bien portant.

Obs. XXXIII. — Salle Sainte-Rosalie, n° 7, août-septembre 1882. — Immédiatement après son cinquième et dernier accouchement, grande fatigue d'estomac, avec point dorsal, qui est allée en augmentant et a fini par aboutir au bout de onze mois à une crise de colique hépatique qui a duré sept jours. A nourri tous ses enfants.

Obs. XXXIV. — Salle Sainte-Rosalie, n° 9, août-septembre 1882. — Trois accouchements ; ne peut préciser le début de sa maladie, mais a parfaitement remarqué que son *estomac* ne lui fait mal que depuis ses couches.

Obs. XXXV. — Salle Sainte-Rosalie, n° 10, août-septembre 1882. — Cinq enfants en huit ans, tous nourris. Première crise au septième mois de la première grossesse, rapidement suivie de jaunisse qui ne s'est passée qu'après l'accouchement. Rien à la deuxième grossesse. A la troisième, retour des douleurs. Pendant la quatrième, crise tous

les deux jours. Crises reparaissant à la cinquième grossesse, mais moins fortes qu'auparavant (la malade a fait une cure à Vichy entre la quatrième et la cinquième grossesse).

Obs. XXXVI. — Salle Sainte-Anne, n° 16, septembre 1882. — Début de la maladie au huitième mois de la première grossesse. Deuxième crise trois semaines après son accouchement, crise très intense durant de trois à huit jours. Pas de douleurs pendant la deuxième grossesse, mais rechute neuf mois après l'accouchement.

Obs. XXXVII. — Salle Sainte-Anne, n° 18, septembre 1882. — Début trois semaines après son premier accouchement. Jaunisse au bout de deux mois. Rechute à la deuxième couche, près de six ans après la première. Antérieurement à son premier accouchement, cette malade avait ressenti plus d'une fois des malaises à l'estomac, mais pas de crise. Arthritisme chez la mère.

Obs. XXXVIII. — Salle Saint-Anne, n° 21, septembre 1882. — Il y a trois ans, deux ou trois mois après une fièvre typhoïde, crise très légère. Premier et unique accouchement il y a quatorze mois. C'est environ quatre mois après et nourrissant dans une maison bourgeoise, qu'a éclaté la première forte crise.

Obs. XXXIX. — Salle Sainte-Clotilde, n° 3, septembre 1882. — Début de la maladie quinze jours après son deuxième accouchement, favorisé par frayeur et refroidissement. Jaunisse du septième au huitième mois de la troisième grossesse. Les renseignements ne sont pas donnés avec assez de netteté.

Obs. XL.— Malade externe, septembre 1882. — Première crise hépatique trois mois après son neuvième accouchement, suivie de jaunisse, etc. C'est après le troisième accouchement et pendant qu'elle nourrissait que les premières crampes d'estomac ont paru.

Obs. XLI. — Salle Sainte-Rosalie, n° 4, septembre 1882. — Malade depuis le troisième mois après son second accouchement. Début très brusque; elle était en train de donner le sein; elle n'avait pas nourri son premier enfant et n'en a pas nourri d'autre après le deuxième. Les crises se sont très atténuées, puis ont de nouveau augmenté dès la troisième grossesse, ainsi qu'aux grossesses suivantes, six en tout.

Obs. XLII. — M$^{me}$ G..., de Paris, juin 1882. — 36 ans, santé ma-

gnifique. Premier accouchement il y a dix ans. Un mois après, première crise avec jaunisse assez intense, mais passagère. Jamais de crampes d'estomac. Deuxième accouchement deux ans après; pas de crise. Troisième accouchement il y a trois ans; pas de crise à la suite. Il y a deux mois et demi, crise assez subite sans cause apparente. Pas d'antécédents héréditaires. Depuis sa première crise, cette dame, qui est très intelligente et se soigne très bien, a adopté un régime alimentaire très rafraîchissant et a beaucoup d'activité. En un mot, excellente hygiène. C'est peut-être à cette circonstance qu'est due l'innocuité des autres grossesses au point de vue des crises. Mme G... a nourri tous ses enfants.

Obs. XLII. — Mme F..., 24 ans. — Accouchement normal en octobre 1880. Six mois après, nouvelle grossesse; mais cette fois, craignant une fausse couche, la malade se condamne à un repos presque absolu, ne quittant guère sa chaise longue. A la septième semaine de cette grossesse, à la suite d'une contrariété, première crise hépatique suivie d'ictère passager. Pas de crampes d'estomac auparavant. Antécédents hépatiques du côté d'un oncle, mais assez vagues.

Obs. XLIV. — Mme R..., de Marseille, 27 ans. — A eu sa première crise hépatique trois jours après son deuxième accouchement. On la traita pour une péritonite. Pas de crampes auparavant.

Obs. XLV. — Mme R..., de Montevidéo, 31 ans.— Première fausse couche il y a dix ans et à cinq mois; deuxième fausse couche deux ans après et encore à cinq mois; trois ou quatre jours après, début des douleurs hépatiques que le médecin prend pour des coliques de matrice. Troisième fausse couche encore deux ans plus tard et à six semaines. Pas de crise consécutive. Quatrième fausse couche il y a quatre ans et à quatre mois; crise quelques jours après. Cinquième fausse couche il y a six mois, à six ou huit semaines; violente crise hépatique, avec ictère, immédiatement après.

Obs. XLVI. — Mme O..., de Nîmes, 29 ans.— Pas d'accidents hépatiques pendant aucune de ses grossesses; mais vingt jours après le deuxième accouchement, début des crises, d'abord espacées et courtes, mais augmentant d'intensité et de fréquence après le troisième accouchement et après le quatrième. Mme O... n'a pas nourri. L'ictère n'est survenu qu'après le quatrième accouchement.

Obs. XLVII.— Mme de la B..., de Paris, 24 ans.— Excellente santé. Crise violente du septième au huitième mois de la grossesse. Jamais de crampes d'estomac antérieurement. On crut tout d'abord à un accouchement prématuré et on se prépara précipitamment à cet événement. Le médecin reconnut la crise. Cure à Vichy quatre mois après l'accouchement et bien que nourrissant.

Obs. XLVIII. — Mme M..., de Paris, 30 ans. — Femme forte et robuste, mais sans embonpoint exagéré. Première crise dix-sept jours après son second accouchement, bien que nourrissant. Elle n'avait pas nourri le premier enfant à cause d'abcès aux seins.

Obs. XLIX. — Mme P..., d'Épernay, 32 ans. — Les crises ont débuté quinze jours environ après son premier accouchement. Mme P... avait essayé de nourrir, mais avait été forcée d'y renoncer au bout de quelques jours. Amélioration au bout de quelques mois et disparition apparente des crises qui reparaissent quelques jours après le deuxième accouchement.

Obs. L. — Mme M..., de Paris, 27 ans. — Hépatique de bonne heure, sujette étant jeune fille à des vomissements bilieux fréquents. Père mort d'une affection du foie. Première crise quinze jours après son troisième accouchement. Un agrégé d'accouchement qui lui donnait des soins n'a su que penser à la première visite et un médecin des hôpitaux consulté au même moment penchait pour une métrite ou une périmétrite, lorsque, le lendemain, l'absence de fièvre mit sur la voie du diagnostic.

Obs. LI. — Mme M..., 26 ans, venue à Vichy en 1881. — A eu sa première crise franche de colique hépatique dix mois après son premier accouchement; elle fait sa saison de Vichy trois ou quatre ans après. Elle devait venir faire une seconde saison en 1882, mais elle en a été empêchée par une seconde grossesse; elle se trouvait du reste assez bien à la suite de sa première saison. Mais trois jours après ce second accouchement, elle a été prise d'une nouvelle crise de colique hépatique accompagnée d'ictère.

Avant de passer aux commentaires, qui auraient pu recevoir des développements beaucoup plus étendus que ceux que nous leur avons donnés, nous devons dire qu'il ne faudrait tirer aucune conclusion du nombre comparé de cas pris à

l'hôpital ou en ville ; mais, à ce propos, nous ferons une petite remarque. D'après M. Huchard, les coliques hépatiques de la grossesse et de l'accouchement seraient plus fréquentes chez les femmes du monde que chez les femmes du peuple. D'après ce que nous avons observé, nous ne serions pas tout à fait d'accord avec notre distingué collègue. Ce qui pourrait l'avoir induit en erreur, c'est que tout naturellement il a basé son opinion sur ce qu'il a vu dans sa pratique hospitalière comparée à la pratique de la ville. Or, il faut tenir compte de ce fait, c'est que si les femmes du monde font appel au médecin dès qu'elles éprouvent des douleurs tant soit peu intenses, les femmes du peuple ne se décident guère à entrer à l'hôpital, dans le cas de lithiase biliaire, pour une simple crise de colique hépatique, mais seulement lorsqu'il y a des accidents sérieux ou que les crises se renouvellent très-fréquemment. On peut donc en conclure que bien des cas de cette classe de malades doivent échapper à l'observation des médecins d'hôpitaux.

En procédant à l'analyse des faits qui précèdent, on voit que dans 11 cas sur 51, la première crise hépatique a été observée pendant la grossesse et on peut dire aussi bien à une époque qu'à une autre de cet état ; que dans 4 cas elle est survenue à la suite de fausse couche, et dans les 36 cas restant à la suite de l'accouchement. Quant au délai qui s'est écoulé entre l'accouchement et la manifestation des crises hépatiques, il a considérablement varié depuis un jour jusqu'à 11 et 12 mois. Il n'est pas indifférent cependant de faire remarquer que sur ces 36 cas le délai en question a été de un jour à un mois dans 22 cas, par conséquent dans les deux tiers environ de ces cas. Nous ferons encore remarquer que parmi les 51 faits que nous avons rapportés s'en trouvent 3 de grossesse ou d'accouchement gémellaire ; or on sait que la proportion normale est de 1 cas sur 92, d'après Tarnier et Chantreuil. L'influence pathogénique de la gestation, que nous cherchons à mettre en évidence, se traduit donc ici par un détail assez caractéristique.

En définitive, voilà une cinquantaine de cas dans lesquels il y a eu une relation au moins apparente entre la gestation et les coliques hépatiques. Cette relation n'a-t-elle été qu'apparente? Y a-t-il eu d'autres facteurs dont l'influence était de nature à primer celle de la gestation ou d'en atténuer singulièrement la portée? C'est ce que nous allons examiner.

On peut faire successivement valoir :

1° La *lactation supprimée*, ainsi que nous l'indiquions au début de ce travail;

2° Le *défaut* ou la *diminution d'activité* qu'entraîne généralement l'état de gravidité, soit que la marche de la gestation y force, soit qu'on le fasse par prudence ou même par exagération de prudence.

3° Les *écarts de régime* qu'explique cette situation et que facilitent la fortune et l'oisiveté.

4° Enfin les *antécédents héréditaires*.

Toutes ces circonstances qui, assurément, sont susceptibles d'exercer une certaine influence pathogénique au point de vue de la lithiase biliaire, perdent beaucoup de leur importance si l'on considère que c'est surtout chez les femmes de la classe pauvre, tant de la campagne que de la ville, que nous avons observé les faits rapportés ici, que ces femmes allaitent presque toutes, sauf empêchement majeur, qu'elles allaitent même plutôt trop, qu'elles travaillent d'ordinaire jusqu'au dernier jour, que rien n'est changé dans leurs conditions d'existence et que, par conséquent, à peu près la seule influence pathogénique — ou au moins la plus manifeste — qu'on puisse mettre en avant, c'est le fait de la grossesse et de l'accouchement.

Nous venons de dire *à peu près* la seule influence; il y a en effet à tenir compte dans quatre cas de l'hérédité hépatique, dans un cas de l'hérédité arthritique, dans cinq cas d'accidents arthritiques antérieurs ou concomitants, et dans trois cas de circonstances telles qu'une frayeur ou un refroidissement. Nous ne voudrions pas garantir qu'en recherchant avec le plus de soin possible les signes d'arthritisme chez

toutes les autres malades, on n'aurait pas trouvé à augmenter le nombre des cas où cette diathèse figure comme élément pathogénique possible; nous croyons cependant l'avoir signalée au moins toutes les fois qu'elle était bien évidente, soit d'après les phénomènes pathologiques présentés par les malades, soit d'après leurs antécédents morbides ou héréditaires. L'arthritisme est d'ailleurs bien moins fréquent, comme on sait, dans les classes pauvres et laborieuses, que dans les classes riches; c'est aussi pour réduire cet élément pathogénique à son minimum d'importance dans la question en litige, que nous n'avons introduit dans ce travail qu'un petit nombre de faits tirés de la pratique civile.

On pourra nous objecter encore que dans quelques cas où la lithiase biliaire était déjà établie, on l'a vue s'améliorer pendant les grossesses suivantes, comme dans les cas XXX par exemple, ce qui n'infirme nullement les vues que nous cherchons à faire prévaloir, mais rentre dans cette catégorie de faits, d'observations courante, où l'on voit des femmes débiles ou habituellement maladives, auxquelles une grossesse donne une force et une santé qui leur étaient complètement inconnues auparavant. M. Willemin avait du reste signalé également des cas où des femmes sujettes à des crises hépatiques en étaient complètement exemptes pendant toute la durée de leur grossesse. Encore une fois, ces faits peuvent d'abord s'expliquer comme nous venons de le faire; ils prouvent ensuite une chose indiscutable, c'est que dans la pathogénie de la lithiase biliaire, et de bien d'autres affections, il n'y a pas d'élément absolu, spécifique.

Resterait maintenant à donner l'explication du mode d'action de la grossesse dans la production de la lithiase.

Nous avons déjà fait remarquer que l'arthritisme pouvait être incriminé dans quelques cas : la grossesse a très bien pu dans ces circonstances provoquer le réveil de cette diathèse, comme l'admet M. Huchard, et servir ainsi de cause déterminante chez des sujets prédisposés, réveil qui s'est traduit par des coliques hépatiques.

Nous admettons parfaitement ce mode pathogénique; mais nous croyons aussi qu'on ne peut le faire intervenir que dans un nombre très restreint des observations que nous avons rapportées, pour cette excellente raison que nous n'avons constaté de manifestations ou d'antécédents arthritiques que tout au plus dans un sixième des cas. Si donc la grossesse n'a pas agi de cette façon dans les autres cas, nous avons à déterminer comment s'est exercée cette influence pathogénique.

D'une manière générale, et sans entrer dans une étude détaillée du sujet, on peut admettre que les calculs biliaires ont surtout tendance à se former soit par suite de modification dans la composition de la bile, soit par ralentissement dans sa circulation, ou obstacle apporté à son libre cours à travers les voies biliaires. La grossesse est-elle à même de réaliser ces conditions? C'est ce qu'il importe d'examiner.

Et d'abord, se produit-il une modification appréciable de la composition de la bile, et cette modification est-elle de nature à favoriser la formation des cholélithes?

Sur ce point, nous n'avons que des données fort vagues et nous ne pouvons procéder en quelque sorte que par induction. Nous ne connaissons pas d'analyse de la bile faite pendant la grossesse; nous ne croyons même pas qu'il en existe. Dans tous les cas, nous en avons cherché en vain dans les ouvrages les plus complets sur la matière. Mais si nous ne pouvons démontrer directement qu'il se produise une certaine modification de la bile, une démonstration indirecte n'est pas impossible. On ignore complètement ce que les modifications dans la compositiou du sang pendant la gestation peuvent faire sur la bile, mais on sait que la grossesse exerce sur la glande hépatique une influence dont le mécanisme peut être discutable, mais qui se traduit par un certain degré de dégénérescence graisseuse sur lequel Blot et Tarnier ont les premiers appelé l'attention, et qui explique en partie la plus grande fréquence de l'ictère grave dans la grossesse ou l'état puerpéral. Si donc l'organe qui est le laboratoire de la bile est altéré à un certain degré, il n'est nullement inadmissible que

le produit qu'il fabrique n'ait pas ses qualités normales. De quelle nature sont ces modifications de la bile? Sont-elles favorables à la formation des calculs? Il est impossible actuellement de répondre à ces questions, pas plus dans un sens que dans l'autre; mais il était intéressant d'en faire au moins une mention.

Il y a maintenant à se demander si la compression dont les organes abdominaux sont le siège par le fait du développement de l'utérus gravide n'atteint pas le foie et si elle ne détermine pas alors un certain degré de stase ou de ralentissement du cours de la bile, condition éminemment favorable, comme on sait, à la formation des cholélithes. Bien que ce fait de la compression directe ou indirecte du foie par l'utérus dans les derniers mois de la grossesse paraisse incontestable, il est très diversement apprécié. Un certain nombre d'auteurs l'ont signalé sans commentaires; d'autres l'ont passé sous silence; quelques-uns enfin, comme Matthews Duncan, le contestent. Il est probable que si les gynécologistes ont, en général, négligé de s'appesantir sur ce point, c'est probablement parce qu'il ne rentrait pas assez dans le cadre de leurs préoccupations habituelles.

En somme, on comprend très bien que cette compression de l'appareil biliaire et d'une partie du système porte, compression dont le degré peut varier mais dont le fait est indéniable, et à laquelle est peut-être dû ce léger état graisseux dont nous parlions tout à l'heure, constaté chez les femmes pendant la grossesse, puisse avoir pour résultat le ralentissement de la circulation de la bile, et par suite tendance à la séparation des éléments de ce liquide et à la précipitation de la cholestérine. S'il est vrai, ainsi que l'avance Wickham Legg, que la quantité de bile augmente sous l'influence des vomissements, c'est encore une circonstance qui donne plus d'importance au fait de la compression. Faut-il ajouter que la constipation, assez habituelle pendant la gestation, et qui a même origine, est aussi une condition adjuvante dont il y a lieu de tenir compte.

La question des rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement n'a pas seulement d'intérêt au point de vue étiologique ou pathogénique. Il suffira en effet de faire remarquer que dans trois ou quatre cas il y a eu erreur de diagnostic et que l'on a cru tantôt à une métrite ou une péri-métrite, tantôt à une péritonite, ou encore à un accouchement prématuré, alors qu'on n'avait affaire qu'à une crise de colique hépatique. Il faut donc être prévenu de la possibilité et même de la fréquence relative des crises de colique hépatique par le fait de la grossesse et dans les premiers temps qui suivent l'accouchement, pour ne pas s'exposer à une interprétation erronée avec les conséquences qu'elle peut entraîner.

Le pronostic de la grossesse, heureusement, n'est guère influencé par le fait des coliques hépatiques : sauf dans le cas où il se produit de l'ictère, ce qui est toujours une complication sérieuse, les coliques hépatiques ne nous ont pas paru compromettre la marche naturelle de la gestation.

Enfin la connaissance de l'influence possible de la gestation sur la production de la lithiase biliaire permettra au médecin d'insister sur certaines précautions hygiéniques relatives soit à l'exercice, soit à l'alimentation ou à d'autres objets, précautions dont la portée prophylactique pourra n'être pas sans valeur.

Depuis que ce travail est rédigé, plusieurs confrères à qui nous en avions communiqué le sujet nous ont fait part de cas analogues à ceux que nous avons rapportés, ainsi que de la surprise qu'ils en avaient éprouvé, n'étant pas familiarisés avec les relations entre la lithiase et la gestation. Plusieurs de ces faits ne manquent pas d'intérêt; si nous ne les publions pas pour le moment, c'est pour ne pas allonger outre mesure ce petit mémoire qui, dans notre intention, ne devait pas excéder les limites d'une simple note.

---

# CROUP ET TRACHÉOTOMIE.

## OPÉRATION FACILE AVEC LE MANDRIN-TRACHÉOTOME

Du **Dr Phelippeaux**, de Saint-Savinien (Charente-Inférieure).

### I

### INDICATIONS.

La trachéotomie, disons-le de suite avec *Bricheteau* et *Fischer*, n'est pas le remède du croup.

Elle ne peut l'empêcher de parcourir ses périodes, pas plus qu'elle ne saurait modifier son caractère. Elle s'adresse à l'*asphyxie* et combat seulement ce symptôme (1).

*P. Guersant*, qui opéra 200 enfants environ, a déclaré aussi: que le croup tenant à une cause générale, ne peut guérir par l'opération. Celle-ci n'est qu'un moyen de faire respirer le malade, qui succomberait sans cela (2).

D'après *Giraldès*, la trachéotomie est d'une utilité réelle, indiscutable, non pas comme traitement de la maladie elle-même, mais contre l'*asphyxie*. En s'opposant à cette dernière, elle permet au traitement interne d'agir. Elle sert donc toujours à prolonger la vie, quelquefois à la sauver (3).

Telle est encore l'opinion des auteurs et praticiens les plus modernes, judicieusement résumée dans ces quelques mots du Dr *Sanné :*

« Quand rien n'a pu arrêter la marche du croup, et que « l'*asphyxie* déjà commencée menace de devenir complète, il « ne reste qu'un espoir, la *trachéotomie*. Cette précieuse opé- « ration a su arracher à la mort un grand nombre de malades « irrévocablement perdus (4). »

(1) *Traitement du croup*. Mémoire couronné, p. 71. Paris, 1863.

(2) *Clinique des enfants*, p. 48. Paris, 1864-1867.

(3) Leçons à l'hôpital des Enfants-Malades. *Tribune médicale*, 8 déc. 1867.

(4) *Traité de la diphthérie*, 1877, p. 459.

En conséquence, l'indication est claire :

*Si l'enfant asphyxie, opérez.*

Il est urgent, toutefois, de bien saisir l'instant favorable.

C'est une question d'opportunité que la pratique seule des malades apprend à trancher.

Nous croyons donc excellent de suivre les préceptes du Dr *de Saint-Germain.*

L'autorité de ce chirurgien est grande.

On peut adopter sans crainte les conclusions qu'il a dictées, car elles ont pour base une expérience énorme de la trachéotomie.

Pour lui, en principe :

A. — On ne doit pas opérer l'enfant croupeux tant qu'il ne *tire* pas.

B. — On doit toujours l'opérer *dès que le tirage* se manifeste et continue au point qu'il semble avaler son diaphragme.

C. — Dans ce cas, quoi que l'on dise, et quelque mauvaises que soient les conditions, il n'y a pas de contre-indication.

D. — M. de Saint-Germain est d'autant plus affirmatif qu'il a obtenu ainsi des guérisons dans les circonstances les plus déplorables (1).

### PROCÉDÉS.

En France, depuis dix à quinze ans environ, la *trachéotomie* a été, pour un bon nombre de médecins, un sujet d'études sérieuses, et le motif de travaux spéciaux.

Parmi les meilleurs, on peut, en dehors de plusieurs thèses inaugurales fort intéressantes, citer au premier rang le *Traité de la diphthérie*, du Dr *Sanné*, puis les *Leçons cliniques* du Dr *de Saint-Germain.* (*Gazette des Hôpitaux*, 1874-1875, et journal *le Praticien*, n° du 17 janvier 1881.

(1) *Le Praticien*, numéro du 17 janvier 1881.

Il faut signaler également le mémoire du Dr *Dubar : De la Trachéotomie dite en un seul temps* (*Bulletin de thérapeutique*, nos de mai et juin 1879), ainsi que les remarquables brochures du Dr *Jacolot* (de Lorient), sur la *Trachéotomie d'urgence*, pratiquée avec l'instrument qu'il a inventé. (Paris, 1881-1882, librairie Coccoz.)

Si l'on étudie ces différentes œuvres, surtout au point de vue du perfectionnement du traitement chirurgical du croup, on arrive à conclure, selon nous :

1° Que les chirurgiens modernes ont renoncé d'une façon presque absolue à la trachéotomie *inférieure*, celle pratiquée *au-dessous* de l'isthme du corps thyroïde, suivant le procédé *Trousseau ;* parce que, dit le Dr *Sanné :*

« C'est une opération difficile, offrant de graves dangers, « dus au voisinage des gros vaisseaux, à la profondeur et à la « mobilité de la trachée, et que, si habile que soit le chirur- « gien, il ne peut se flatter de les conjurer tous. » (Loc. cit., p. 519, 521.)

2° Qu'ils ont adopté et vulgarisé de préférence la trachéotomie *supérieure*, opération plus rapide et moins dangereuse.

La pratiquant :

Tantôt *au-dessus* de l'isthme du corps thyroïde. (Crico-trachéotomie.)

Tantôt sur cet isthme. (Trachéotomie vraie.)

Et sans le ménager, du reste, puisqu'il n'est, dans l'immense majorité des cas, qu'une très mince languette passant inaperçue. (*Sanné*, p. 521.)

A cette méthode appartiennent les procédés de *Chassaignac*, *Bourdillat*, *Liégard* (de Caen), de *Saint-Germain*.

3° Que la trachéotomie *supérieure* a été réglée d'une façon si précise par le Dr *de Saint-Germain* et son élève le Dr *Dubar* qu'elle est devenue d'une simplicité notable.

4° Enfin que, pour les médecins *peu portés* à manier le bistouri, il y a encore une méthode bonne à suivre, rapide dans l'exécution, et bien capable de les entraîner à ouvrir le conduit *laryngo-trachéal* lorsque les circonstances l'exigent.

On l'a compris !

Nous faisons allusion à ces procédés expéditifs, basés sur l'idée et la volonté de conduire *à la fois* dans la trachée l'instrument qui l'ouvre ou la ponctionne, et la canule dont il est armé. Procédés réalisables avec les engins particuliers nommés : *bronchotomes*, *trachéotomes*, *trocarts porte-canules*.

Tel fut, en 1675, l'instrument de Deckers. Tel était, au XVIII[e] siècle, le bronchotome de *Bauchot*, chirurgien-major de la marine au port de Lorient. Tels sont, actuellement, les trachéotomes de *Rizzoli*, *Wœlker*, *Girault* et *Jacolot*.

Aujourd'hui, nous avons l'honneur de proposer à nos confrères un *trachéotome* d'une grande simplicité.

Cet instrument n'est la copie d'aucun autre. Il dérive de ses aînés, mais il est original sous beaucoup de rapports.

## III

### DESCRIPTION.

Notre *Mandrin-Trachéotome* se compose :

A. — D'une tige d'acier, épaisse de 3 a 4 millimètres, ayant la courbure et la longueur de la canule trachéale *classique*, dans laquelle on l'*introduit* comme un mandrin, et renflée à ses deux extrémités (B B').

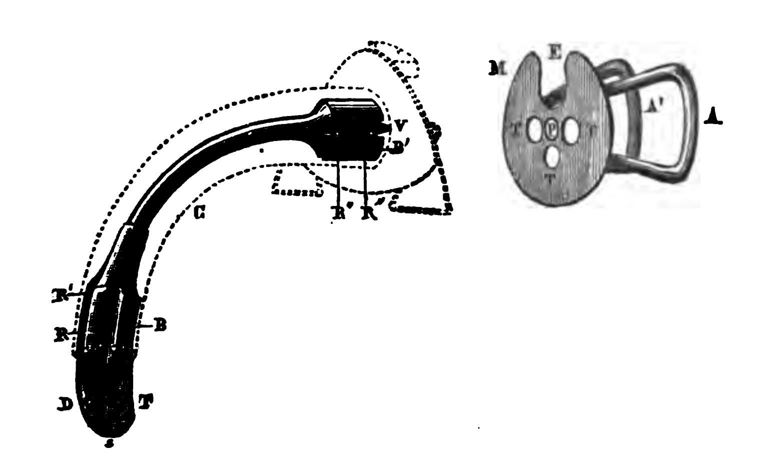
B. — L'inférieure se termine par une sorte de poinçon qui emprunte au poinçon du trocart du D[r] *Jacolot* sa lame épaisse, tranchante en avant et au sommet (T S), mousse et inoffensive en arrière, ou sur le dos (D).

Mais notre poinçon se distingue par les caractères suivants :

C. — Au lieu d'être transpercé par un canal formant un *seul aériduc*, il est massif. De plus, sa surface est sillonnée par 3 et même 4 rainures *aérifères* (R R'), l'une à droite, l'autre à gauche de la lame, la troisième sur son dos, la quatrième à l'opposé. *Trois* sont suffisantes.

D. — L'extrémité supérieure du mandrin présente aussi

*trois* rainures *aérifères* (R" R"). Elle se termine par une vis (V) qui s'adapte à un pas (P) traversant une lame de *melchior* (M) qui forme la *garde* de l'instrument.




En somme, le *mandrin*, c'est-à-dire le véritable trachéotome, a ses deux extrémités disposées pour combler à frottement doux les ouvertures correspondantes de la canule (C), tandis que, sur le reste de sa longueur, il y a autour de lui un vaste espace libre.

Cet espace est rempli par l'air extérieur qui y pénètre à travers les trous (T T T), percés vis-à-vis des trois rainures. L'instrument portera donc l'air avec lui en entrant dans la trachée.

E. — La *garde* en melchior, qui doit plaquer sur le pavillon de la canule, offre, au milieu de son bord supérieur, une échancrure verticale (E).

Dans cette échancrure se loge, pour évoluer à droite et à gauche, la *goupille* de ce pavillon ; et il est facile de voir que le trachéotome est fixé dans et sur sa canule par cette *goupille*.

Pour s'en convaincre, l'opérateur n'a qu'à la tourner vers soi. Elle serre aussitôt et graduellement la *garde* en melchior contre le pavillon, de sorte que, en un clin d'œil, la canule et

son mandrin sont bien unis et ne forment plus qu'un *seul bloc*.

E. — En dernier lieu, sur la *garde* sont insérées deux ailettes à jour (A A'). Longues de 15 millimètres, larges de 10 millimètres, *divergentes*, à concavité *externe*, elles constituent la *poignée* du trachéotome.

### *Préhension.*

« On arme l'instrument en glissant le mandrin dans sa « canule, — il y tombe presque comme une baguette dans un « canon de fusil, — et l'on fait plaquer la garde en tournant « vite contre soi la goupille déjà citée.

« Alors, la *pulpe* du pouce droit est placée sur l'ailette qui « lui correspond, et la face *latérale externe* de la 1re ou de la 2e « phalange du médius est posée dans la concavité de l'autre.

« A peine a-t-on mis les doigts sur les points désignés, que « l'on est immédiatement convaincu de la facilité, de la légè- « reté et de la solidité de la prise.

« Bientôt l'*index*, en appuyant par sa pulpe sur la convexité « de la canule, vient encore assurer cette prise, quoique son « rôle principal soit celui de directeur de l'instrument.

Cela est facile à comprendre :

« Par suite du mode si simple et si solide de fixation du tra- « chéotome sur le pavillon, tige d'acier et canule sont bien « immobilisées.

« Aucun des doigts employés pour saisir n'a à s'occuper « de maintenir le mandrin dans sa canule, pas plus que la « canule sur le mandrin.

« L'opérateur sent de suite qu'il a dans les doigts, au centre « même de ces seuls doigts (pouce, médius, index), un instru- « ment léger, commode à manier, et piloté par l'index qu'il « prolonge en quelque sorte.

« L'union des deux parties constituantes est intime et ra- « pide; leur désunion se fait instantanément si l'engin est « bien construit.

« Il suffit de *verticaliser* la goupille fixatrice de la *garde* sur « le pavillon pour retirer, avec aisance et en une seconde, la « tige du trachéotome. »

Tel est l'instrument que nous avons imaginé Son poids est de 20 grammes en moyenne.

Pour satisfaire aux exigences de la pratique, il y a plusieurs mandrins correspondant aux différentes canules employées suivant l'âge. Ils s'adaptent tous au même pas de vis. La *garde* et la *poignée* leur sont communes.

## IV.

### LIEUX D'ÉLECTION DE LA TRACHÉOTOMIE. PRÉLIMINAIRES OPÉRATOIRES.

Notre lame étant semblable par le sommet et le tranchant à celle du trocart du Dr *Jacolot*, possède les mêmes qualités pour la division des tissus prélaryngés et prétrachéaux.

Elle coupe donc et perfore simultanément sous l'impulsion des doigts conducteurs. Et sa forme générale, quasi prismatique, fait qu'elle pénètre à l'instar d'un coin qui écarte les tissus en les comprimant à mesure, circonstance favorable à l'hémostase de la région.

Avec notre trachéotome, on pratiquera :

Soit la *crico-trachéotomie* (*Boyer*, *Blandin*, *de Saint-Germain*), en l'affectant plutôt aux petits enfants de 2 ans à 4 1/2, 5 ans, comme le veut et le conseille le Dr *Dubar* (Bulletin du 15 juin 1879, p. 505).

Soit la *trachéotomie juxta-cricoïdienne*, préférable chez les enfants *au-dessus* de 4 ans, en général, suivant le même chirurgien. Cependant, nous nous hâtons de rappeler que M. de Saint-Germain n'exécute guère que la *crico-trachéotomie*, et que les deux opérations se confondent le plus souvent dans l'enfance.

En principe, on opérera donc le plus haut possible, parce que la trachée se dirigeant *obliquement* d'avant en arrière et

de haut en bas est d'autant plus abordable qu'on se rapproche davantage de son origine. (*Tillaux.*)

Nous nous bornerons maintenant à résumer sous forme aphoristique les préceptes des chirurgiens sur la disposition de l'enfant, des aides, et au sujet des précautions destinées à garantir le succès.

« Sauf extrême urgence, n'opérez que le jour.

« Mieux vaut avancer un peu l'heure que d'attendre la nuit « (*Sanné*).

« Dans ce cas, ne vous contentez pas d'un éclairage uni- « que (*de Saint-Germain*).

« Point de lampes suspendues ; point de bougies qui s'étei- « gnent facilement et coulent sur le malade, dit le Dr *Sanné*.

« Prenez le vulgaire *rat de cave*, de *gros modèle*. C'est le « meilleur mode d'éclairage.

« Il donne assez de lumière, ne coule pas, on l'approche de « la plaie autant qu'on veut. Une bougie allumée mise à por- « tée permet de le rallumer, s'il était besoin (*Sanné*).

« A moins d'impossibilité, n'opérez jamais le malade sur « son lit. Les tables longues, étroites, sont les meilleures. On « les garnit d'un tapis ou d'un petit matelas ; puis on fabrique, « au plus tôt, le coussin *dur*, dit d'*Archambault*.

« C'est un oreiller mou, roulé autour d'une bûche ou d'une « bouteille de grès, et solidement lié, pour appuyer les épaules « de l'enfant.

« Placez la table près d'une fenêtre, les pieds du malade « tournés vers cette fenêtre.

« L'enfant roulé dans une couverture qui remonte sur ses « épaules sera même ficelé avec des serviettes que l'on nouera « par-dessus (*Jacolot*).

« On le portera sur la table. Il sera couché sur le dos, le « cou appuyé sur le coussin dur et fortement saillant, sans « être néanmoins dans l'extension forcée.

« La tête sera droite sur les épaules, ou juste dans le plan « médian.

« Un aide maintiendra les pieds.

« Un autre fixera la tête en plaçant ses mains sur les oreilles « du patient, et ses pouces sur le front (*de Saint-Germain*).

« Enfin, et nous adoptons absolument cette prescription, « *Holmes* recommande de bien veiller à ce que le bord de la « table soit parallèle à la direction de l'enfant. Sinon, on pour- « rait se faire une idée inexacte du siège même de la ligne « médiane de ce dernier (1). »

## V.

### CRICO-TRACHÉOTOMIE.

*Repères.* — Tout est prêt!

Le *mandrin-trachéotome*, bien armé, est à portée de la main. Le chirurgien, placé à droite de l'enfant, explore aussitôt la partie antérieure et médiane du cou au moyen de la pulpe des index.

Il cherche les jalons de sa route, et trouve de *haut en bas* :

1° La saillie appréciable, constante, formée par la partie supérieure du cartilage thyroïde. C'est l'angle proéminent de la *pomme d'Adam*.

2° En descendant, toujours sur la ligne médiane, une seconde saillie, le plus souvent reconnaissable, quoique moins facilement que la première, constituée par le rebord inférieur du même thyroïde (*Dubar*).

3° Immédiatement *au-dessous* de celui-ci, une *dépression très sensible* qui correspond à l'*espace crico-thyroïdien*. C'est le point de repère absolument indispensable.

4° Enfin, au-dessous de cette dépression, on touche bien — du moins chez l'adulte non chargé de graisse — la saillie résistante du *cricoïde*, et même au-dessous de ce dernier, une *nouvelle dépression* formée par l'inégalité de niveau existant entre lui et les premiers anneaux de la trachée (*Jacolot*).

Chez les enfants, il ne faut pas oublier que, jusqu'à l'âge de

(1) *Maladies chirurgicales des enfants*, p. 308.

4 ans, 4 ans et demi, cette dépression est presque impossible à constater; le premier anneau de la trachée se confondant avec le cricoïde (*Dubar*, *Jacolot*).

*Fixation du larynx.* — Le D[r] *Jacolot* prescrit de le saisir le plus bas possible, de manière à bien immobiliser la région sur laquelle on va opérer, en même temps que pour soutenir la trachée.

« On pressera avec le pouce d'un côté, le médius et l'index « de l'autre, comme si on voulait passer derrière le larynx « avec ces doigts. On tendra ainsi la peau, et l'on fera saillir « l'arbre respiratoire (de *Saint-Germain*) (1). »

En résumé, dit le D[r] *Dubar* :

« Saisissez l'organe entre le pouce et le médius de la main « gauche, comme s'il fallait l'énucléer, puis attirez-le légère- « ment à vous avec le médius. Par cette manœuvre, vous ob- « tiendrez une rectitude parfaite des voies aériennes. » (Bulletin du 30 juin 1879.)

Tout en soulevant ainsi le larynx, on sentira de nouveau avec l'index la *dépression sous-thyroïdienne*, et l'on verra simultanément se produire un sillon transversal très accusé au niveau même de cette dépression. (*Membrane crico-thyroïdienne.*)

C'est le *pli cutané rentrant* de Saint-Germain.

D'après le D[r] Dubar, si l'on n'a pas une grande habitude de l'opération, on pourra, soit avec l'ongle, soit avec une allumette noircie, tracer la ligne à suivre, en menant de la pomme d'Adam, sur le pli transversal rentrant, une perpendiculaire.

L'*intersection* de ces deux lignes indiquera exactement, sans chances d'erreur, le *point d'élection* de la *crico-trachéotomie*.

C'est là, en effet, l'endroit le plus superficiel, partant le plus accessible du tube laryngo-trachéal. Et c'est aussi la région la moins vasculaire, celle exposant fort peu à l'hémorrhagie.

En voici une excellente preuve :

« Sur 227 trachéotomies pratiquées avec le *bistouri* jusqu'en

(1) *Le Praticien*, p. 30, numéro du 17 janvier 1881.

« janvier 1881 par M. de Saint-Germain, cet éminent chirur-
« gien n'a eu que 2 hémorrhagies non mortelles pour les
« enfants. » (*Loc. cit.*)

Enfin, le larynx, soulevé et fixé *ut supra*, ne sera lâché par l'opérateur que lorsqu'il sera sûr d'avoir enfoncé la canule dans la trachée-artère.

*Manuel opératoire.* — Le chirurgien placera l'ongle de l'index gauche avec le plus de précision possible sur le bord inférieur du cartilage thyroïde, de manière à laisser absolument *libre* le *champ crico-thyroïdien.* Et sur cet ongle, — tout en visant et suivant la ligne médiane, — il conduira le trachéotome, tenu comme un couteau qui va couper, perpendiculairement à la surface de la peau.

Procédant alors, toujours en douceur, et avec une lenteur relative, il pratiquera de *haut en bas*, rigoureusement sur la ligne médiane, une incision de 1 1/2 à 2 1/2 centimètres, suivant le volume de la canule à introduire.

Cette incision, plutôt largement faite, comprendra l'épaisseur de la peau. « Notre trachéotome n'étant ni un trocart, ni
« une pointe, doit agir avec douceur et ne pas pénétrer brus-
« quement ou d'un seul coup à travers les tissus. Comme ré-
« sultat final, une lenteur méthodique n'est autre qu'une pru-
« dente vitesse. »

« Nous ferons remarquer également que, pour bien rester
« sur la ligne médiane, il est très utile, au moment même où
« l'on va commencer l'incision cutanée, de porter sensible-
« ment *en dedans*, vers le plan médian du sujet, l'avant-bras
« droit, sans trop élever le coude, de manière que ce dernier
« soit sur la même ligne que l'index directeur du trachéo-
« tome. »

Un coup d'œil suffira pour s'assurer du fait.

*La peau est incisée.* — Alors, sans perdre un instant, on coupera les tissus prélaryngiens avec le sommet de la lame. On la promènera, en un mot, de haut en bas, puis de bas en

haut, et ainsi de suite, dans toute la longueur de la plaie, en pressant doucement, en usant, en quelque sorte, les parties molles avec le poinçon.

La membrane *crico-thyroïdienne* sera bientôt coupée et comme défoncée.

Le vide sera senti, et toujours avec les mêmes précautions, on sciera le cricoïde et les deux ou trois premiers anneaux, en enfonçant un peu plus le poinçon, mais pas assez pour qu'il aille heurter la paroi postérieure du larynx.

Au moment où la lame entrera dans ce conduit, l'air amené par les rainures y pénétrera aussitôt, et l'on entendra un *sifflement avertisseur* qui prouvera bien que l'on est réellement là où il faut.

*L'incision des cartilages est opérée.* — Si on la croit assez grande pour admettre la canule, on ne coupera pas davantage. Mais, tout en pressant, on fera exécuter au trachéotome un mouvement de *bascule* de haut en bas, et d'avant en arrière, suivant un quart de cercle, en élevant le dos de la main vers le menton. A l'aide de cette simple manœuvre, on mettra *tout dedans*, mais non pas jusqu'à *la garde.*

*La canule est dans la trachée.* — Les doigts de la main gauche devenus libres fixeront de suite le pavillon sur le cou, tandis qu'avec le pouce de la main droite, ou seulement l'ongle, on redressera, au plus vite, la goupille en face de l'échancrure, ce qui permettra d'extraire avec rapidité le mandrin-trachéotome.

La canule sera ensuite poussée *à bloc*; l'enfant sera relevé; puis on installera la canule interne, les cordons fixateurs de l'appareil, etc., etc.

Si l'on opère un enfant de 6, à 7, à 8, à 10 ans..., comme à ces différents âges, la résistance du *cricoïde* est sensible, en même temps que sa partie médiane, saillante, est reconnaissable et fournit un excellent repère, on pourra pratiquer alors la ,

*Trachéotomie juxta-cricoïdienne.* — L'incision de la peau commencera un peu plus bas que précédemment; la saillie du cricoïde sera à peu près dans l'angle supérieur; et l'on sciera les trois ou quatre premiers anneaux de la trachée pour le passage de la canule.

## VI

### EXPÉRIENCES.

La description précédente, nous l'espérons, est suffisante pour nous dispenser d'entrer dans de nouveaux détails sur le mode d'action de notre *mandrin-trachéotome.*

Nos premiers essais ont été faits sur les cadavres de petits animaux (lapins), avec le nº 1 de la série de nos mandrins.

« La peau ayant été préalablement coupée avec des ciseaux, « au niveau du larynx, et ce dernier ayant été fixé et soulevé « le mieux possible, nous avons toujours pénétré d'emblée, « quoiqu'en forçant un peu, dans la trachée-artère. »

Nous devions et désirions surtout expérimenter au plus tôt sur l'homme.

« Le 13 mars, nous avons pu montrer notre trachéotome à « la clinique chirurgicale de *l'École de médecine navale* de « Rochefort. M. le professeur Duplouy, dont la bienveillance « ne cesse d'encourager les simples pionniers, voulut bien « nous permettre de prendre la parole, et, devant un auditoire « d'élite, nous avons pu, quoique trop rapidement, décrire « l'instrument en question.

« Les différents modèles dont nous étions muni circulè- « rent après dans toutes les mains, et chacun put se convain- « cre de la facilité de la prise, de la solide union du mandrin « avec sa canule, ainsi que de la rapidité avec laquelle on « l'arme et désarme, grâce au simple mécanisme de la *goupille* « de la *canule externe.*

« Si nous avons bien compris ce qui a été dit et, en particu- « lier, si nous avons justement interprété l'opinion du célèbre

« chirurgien de *Rochefort-sur-Mer*, notre trachéotome a paru « l'un des plus simples, sinon le plus simple, des instruments « de ce genre.

« De la salle de clinique à l'amphithéâtre d'anatomie il « n'y avait qu'un pas, et sur deux cadavres d'adulte, nous « pûmes aussitôt faire la preuve de ce que nous venions « d'avancer. »

*Premier cadavre.* — Maigre, à larynx saillant.

La laryngotomie est faite en quelques secondes au niveau de l'espace *crico-thyroïdien*, et la canule facilement enfoncée, puis poussée *à bloc*. Nous avons opéré plutôt avec lenteur afin de nous rendre compte des sensations éprouvées, et pour en faire notre profit dans la description du mode opératoire.

M. le Dr Abelin, chef de clinique de M. le professeur Duplouy, contrôla le résultat et s'assura que tout avait bien pénétré dans la trachée.

*Deuxième cadavre.* — Gras, un peu infiltré, à larynx peu visible.

Nous pratiquons la même opération, mais avec moins d'adresse.

En voulant introduire la canule, nous sentons une résistance qui s'oppose à la pénétration. Nous sommes obligé de ramener l'incision de la peau vers la ligne médiane, et alors nous entrons dans le tube *laryngo-trachéal*, un peu moins facilement que sur le premier cadavre.

Nous avions commis une double faute :

Celle de mal fixer le larynx, et de ne pas avoir rigoureusement suivi la ligne médiane.

Notre incision, faite trop à gauche, avait été cause de l'arrêt du poinçon sur le côté correspondant du *losange crico-thyroïdien*; c'est-à-dire dans un endroit où la canule ne pouvait passer (1).

(1) Voy. la fig. 122, *Traité d'anatomie topographique de Tillaux*; p. 395.

En outre, le cadavre, au moins sa tête, était oblique sur la table. Ce qui prouve, en passant, l'importance du précepte du chirurgien anglais *Holmes*, qui veut que l'on soit sûr que le corps du sujet est bien parallèle au bord de la table.

M. le professeur *Duplouy* essaya ensuite l'instrument, et pratiqua d'emblée la *Trachéotomie juxta-cricoïdienne*. M. le Dr *Abelin* répéta aussi cette opération avec la même adresse.

Séance tenante, le savant maître nous autorisa à relater ces premières expériences. Aussi, nous pensons être dans le vrai, en déclarant que notre *mandrin-trachéotome* a été, jusqu'à présent du moins, jugé d'une manière favorable à la clinique chirurgicale de l'École de Rochefort-sur-Mer.

## VII

### RÉFLEXIONS. — CONLUSIONS.

En proposant l'emploi de ce *trachéotome*, il est évident que nous contribuons à rajeunir une pratique déjà bien ancienne, qui consistait à pénétrer dans le larynx ou la trachée, avec arme et bagage. C'est ce que firent, sous le nom de *Bronchotomie*, quoique rarement, avec des engins assez grossiers vulgairement appelés trocarts, *Sanctorius* et *Decker* au XVIIe siècle.

Leur méthode fut d'abord combattue par *V. Swieten* et *Platner*, mais reprise ensuite par *Bauchot*, *Richter*, *Bell*, etc., au XVIIIe siècle. Dans ces derniers temps, enfin, elle a été remise en honneur par le professeur *Rizzoli* (de Bologne), par *Walker*, *Girault* et *Jacolot* (de Lorient), avec des instruments perfectionnés.

Mais il ne suffit pas d'inventer un nouvel instrument ! Il faut encore, et surtout, que dans le champ de la pratique, il puisse prouver qu'il réalise au moins une amélioration, sinon un progrès réel pour la perpétration d'un acte opératoire.

Nous osons penser que notre *mandrin-trachéotome* ne trompera pas nos espérances.

Si nous ne nous faisons pas d'illusions sur sa valeur, nous le croyons susceptible de se vulgariser.

Et voici pourquoi :

« La trachéotomie, dans le croup, est une opération d'*ur-* « *gence*. Elle doit être faite quelquefois à l'entrée du malade à « l'hôpital, dit *Giraldès*. De la ville arrivent, prêts à être opé- « rés, des enfants chez lesquels l'indication d'une interven- « tion active est pressante, instante, immédiate. Dans ces cas, « autrefois, on envoyait chercher le *chirurgien* de l'hôpital, etc.» (*Clinique in Tribune médicale*, 12 décembre 1871.)

Ainsi, même dans les grands hôpitaux, il fallait un praticien spécial.

Tranchons le mot! On courait après un homme de sang-froid, habile à manier la pointe et la lame.

Mais, pendant qu'on cherchait ce *peritus incisor*, les pauvres petits croupeux mouraient étranglés comme par une corde!!

Des cas semblables, urgents, se présentent dans la pratique civile, et surtout dans les campagnes.

On est appelé pour un enfant *croupeux* qui meurt faute d'air.

L'opération est urgente, sinon c'est la mort!

Que fera, dans cette poignante circonstance, un praticien non chirurgien?

Que fera un médecin instruit, mais nouveau venu dans le temple, et n'ayant même pas fait une saignée, comme on en rencontre quelquefois? Que fera-t-il, disons-nous, si vivant loin d'un grand centre, il ne peut obtenir *illico* une assistance dont il a besoin?

Ira-t-il seul, ou sans aides spéciaux, entreprendre d'ouvrir la trachée suivant le méthodique et lent procédé de *Trousseau*? Mais 99 fois sur 100, dit M. de *Saint-Germain* (loc. cit.), ce procédé parait impraticable!

Se laissera-t-il séduire par la brillante et rapide opération, relativement facile, si bien ordonnée par M. de *Saint Germain lui-même*?

Mais pour un début, ou dans le cas urgent supposé, ce

serait une besogne réclamant une dose de sangfroid et une présence d'esprit telles qu'on ne les rencontre que rarement chez la plupart des médecins non chirurgiens; chez ceux qui, n'ayant pas l'habitude — ou l'ayant perdue — de manier la pointe, peuvent être fortement embarrassés par une hémorrhagie, ou toute autre complication subite. etc.

Nous croyons donc qu'en pareille occurrence, notre *trachéotome* pourra rendre de grands services, et qu'il sera, comme on l'a déjà dit pour d'autres, un instrument *d'urgence* pour une opération *d'urgence*.

Pas plus que ses aînés dans le genre, il n'est destiné à supplanter le bistouri. Guidé par un chirurgien habile, ce dernier est un instrument de premier ordre.

Notre trachéotome conviendra plutôt, et servira surtout aux médecins non chirurgiens; aux isolés qui, en présence d'un croupeux qui étrangle, hésiteraient à user de la pointe; alors que, pourvus de notre instrument, ils se hâteraient de l'utiliser, vu la facilité et la simplicité qu'il donne à l'acte opératoire.

Nous allons, du moins, nous efforcer de le prouver en achevant ce travail par les conclusions ci-après :

« Notre *trachéotome* ne pèse que 20 grammes, environ.

« Il est donc le plus léger, ou peu s'en faut, des engins ana-« logues.

« On le saisit seulement avec trois doigts, dont un, l'*index*, « lui sert de conducteur.

« Parfaitement tenu par ces doigts, il laisse la paume de la « main entièrement libre. On le dirige avec une légèreté de « main incontestestable. Partant, la *douceur* dans l'action est « sa caractéristique, et cette douceur est une garantie contre « la lésion, ou au moins la contusion de la paroi postérieure « du larynx, accident plus possible avec les engins moins « légers, à long manche, exigeant l'emploi de toute la main.

« Notre trachéotome est fort bien en doigts. Ces derniers « n'ont pas, avant et pendant l'opération, à se préoccuper de « maintenir la canule sur le mandrin, ou sur la tige, désavan-

« tage attaché à certains trachéotomes porte-canules. Ils n'ont « pas, également, à exécuter tel ou tel mouvement spécial à un « moment désigné de l'opération.

« Dans notre système, l'arme (*mandrin*), et son fourreau « (*canule*), ne font qu'un *seul bloc*. L'union est intime. C'est « une condition de sécurité.

« Bien armé, et bien tenu, notre instrument prolonge, pour « ainsi dire, l'index qui le dirige. Et sans forcer l'analogie, ce « nous semble, on peut dire, qu'à mesure qu'il coupe succes- « sivement les couches prélaryngées, on pratique avec lui, en « quelque sorte, le *toucher* de ces différentes couches.

« Comme ses aînés, notre trachéotome ouvre la voie à la « canule qu'il porte, et l'introduit dans cette voie.

« La pénétration est facile pour les raisons suivantes :

« La base du poinçon se continuant le mieux possible, sans « *ressaut*, avec le bord inférieur de la canule, ce poinçon fait « l'office de l'*embout* d'un spéculum. »

C'est *l'introducteur* de la canule. Et l'on mettra d'autant plus vite *tout dedans*, sans enfoncer de suite *à bloc*, que le larynx sera mieux fixé et soulevé. Les doigts de la main gauche, en pressant sur les côtés de cet organe (procédé de *Saint-Germain*), font réellement *bâiller* la plaie. La porte sera plus facile à franchir, on le comprend, lorsqu'elle sera mieux ouverte.

La canule, il est bon de le répéter, pénètre donc en même temps que la lame dans le tube *laryngo-trachéal.*

C'est un avantage des plus sérieux.

L'opération est rendue plus simple, puisque le temps spécial de la dilatation de la trachée est supprimé, et qu'elle ne comporte plus, en outre, l'introduction à part de la canule.

Du même coup, la trachéotomie est aussi plus rapide; l'enfant respirera plus tôt; on l'arrachera plus vite à l'asphyxie.

En agissant comme nous l'avons dit, on ne pourra pas alléguer que nous procédons à *l'aveuglette*.

D'une part, en effet, nous incisons d'abord la peau, et de l'autre nous pénétrons avec une lenteur relative dans le larynx, les yeux toujours fixés sur les repères.

Le *sifflement avertisseur* ne peut manquer de se produire, à moins que sur les trois ou quatre rainures aérifères du poinçon, il n'y en ait pas une de perméable, ce qui paraît impossible.

Avec notre mandrin-trachéotome, enfin, le praticien exécutera *seul*, dans les cas urgents, l'opération de la trachéotomie. Elle sera d'autant plus facile, pour lui, qu'il opérera dans une région où le tube laryngien est superficiel, et où les vaisseaux, peu nombreux, écartent en grande partie les chances de la complication subite la plus commune, *l'hémorrhagie*.

Nous disons *seul* et non pas d'une *seule main*, car l'assertion serait fausse.

Dans cette opération, qu'on ne l'oublie pas, les deux mains se prêtent simultanément un mutuel appui.

Le rôle de la main gauche est d'une importance *considérable*.

Pas n'est besoin d'essayer même notre engin, si l'on ne sait pas bien se servir de cette main. En un mot, c'est elle qui saisit, soulève, et porte pour ainsi dire le larynx au devant de l'instrument. Il faut donc suivre ponctuellement les préceptes du Dr *de Saint-Germain*, afin de tendre la peau de la région et de faire saillir l'arbre respiratoire.

En définitive, si l'on analyse le travail des deux mains, on reconnaît que :

« Si la droite taille vite et sûrement l'ouvrage, c'est que la « gauche le lui a largement préparé en amenant les tissus de « la région au devant de la lame du mandrin-trachéotome. »

Telle est notre dernière conclusion, en attendant le langage des faits, et le verdict des praticiens (1).

---

(1) Le *Mandrin-Trachéotome* a été construit par M. Collin. Nous croyons devoir recommander les deux types s'adaptant aux canules nos 1 et 2 de la série, c'est-à-dire les plus susceptibles d'être employés.

La goupille de la canule trachéale externe serrera assez fortement la *garde* du trachéotome sur le pavillon.

De sorte que, si l'instrument est bien confectionné, on pourra, soit en le

# DE LA CONCEPTION AU COURS DE L'AMÉNORRHÉE.

**Par le Dr André Petit,**
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

SUITE (1).

## CHAPITRE II.

### DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES FAITS. — OBSERVATIONS.

Bien que nous n'ayons pas l'intention de traiter ici la difficile et délicate question des rapports qui existent entre l'ovulation et la menstruation, et que nous ne nous croyions pas suffisamment autorisé pour apporter dans le débat, depuis longtemps engagé sur ce sujet, une opinion de quelque valeur, nous serons néanmoins conduit à dire quelques mots des phénomènes qui se passent chaque mois dans l'appareil génital de la femme adulte, normalement constituée. Sans vouloir trancher la question, nous montrerons comment, selon nous, il est permis d'interpréter l'aménorrhée au cours de laquelle la conception reste possible et même relativement fréquente.

Lorsqu'on étudie les phases diverses par lesquelles ont passé

prenant par les ailettes, soit par la canule, le secouer vivement, sans entendre de cliquetis.

La goupille de chaque numéro de canule devra donc être solide et n'avoir pas trop de jeu.

Il n'est pas utile de visser, tant qu'il est possible, le mandrin sur sa garde.

On visse jusqu'au dernier tour et l'on s'arrête quand l'échancrure de la garde correspond parfaitement en direction avec la rainure dorsale du poinçon.

C'est une précaution des plus simples pour bien introduire le mandrin, dont la lame ne doit point frotter sur la paroi antérieure de la canule qui le revêt.

Lors de l'extraction, enfin, on fait suivre au poinçon la paroi postérieure de cette canule, c'est-à-dire qu'on le dégage rapidement, suivant la grande courbure.

(1) Voir le numéro de mars, p. 161.

nos connaissances relatives à la physiologie de la menstruation, on voit qu'après une longue période, pendant laquelle les théories et les superstitions les plus bizarres ont régné sur l'origine du sang menstruel, dont les retours périodiques étaient, par quelques-uns, attribués aux phases de la lune, la question n'est entrée dans une voie réellement scientifique, qu'en 1831, à la suite de la communication faite par *Négrier* à la *Société de médecine d'Angers*.

On sait que *Gendrin* a voulu lui disputer la priorité de la théorie de l'*ovulation spontanée;* ce n'est pas ici le lieu de reproduire les pièces du débat qui a établi de façon indiscutable les droits de Négrier à revendiquer cette importante découverte (1).

Depuis le mémoire du célèbre médecin d'Angers, publié seulement en 1840 (2), tous les auteurs, ou peu s'en faut, qui se sont occupés de la menstruation et des fonctions génitales de la femme, sont tombés d'accord pour reconnaître que la maturation du follicule de de Graaf et la ponte ovarienne mensuelle sont la cause efficiente, prépondérante, de la congestion pelvienne et de l'hémorrhagie utérine qui constituent le phénomène de la menstruation. A cette opinion se rattachent les noms des maîtres les plus connus et les plus estimés, *Négrier*, *Coste*, *Gendrin*, *Velpeau*, *Dubois*, *Béclard*, *Depaul* en France, *Raciborski*, *Spencer Wells*, *Marion Sims*, *Gaillard Thomas* à l'étranger.

Quelques dissidences cependant se sont produites, et à la suite d'*Aran*, un certain nombre d'auteurs ont, dans ces dernières années, cherché à renverser la doctrine établie pour la remplacer par une autre toute différente, reposant sur la constatation de faits contradictoires : la théorie de la *disjonction* entre l'ovulation et la menstruation fut dès lors formulée et rallia quelques partisans dont l'autorité est indiscutable.

Son champion le plus autorisé, en France, est M. *de Sinéty*

(1) Voy. *Gazette médicale*, 1839.
(2) Ouvrage cité.

qui semble cependant conserver encore bien des doutes, puisqu'il reconnaît (1) « que toute théorie générale relative à la fonction menstruelle est encore prématurée dans l'état actuel de nos connaissances » et qu'il résume son opinion sur le sujet en disant que « l'ovulation et le flux menstruel sont deux phénomènes ordinairement connexes, mais non liés nécessairement l'un à l'autre ».

M. de Sinéty est d'avis qu'*une seule exception* (et elles sont certainement plus nombreuses) suffirait pour détruire la théorie ovarienne de la menstruation. Nous serions bien plus tenté, pour notre part, de suivre le précepte de Claude Bernard, qui professait que des résultats contradictoires ne détruisent en rien d'autres résultats précédemment obtenus et que « en présence de l'incertitude qu'ils peuvent jeter sur des conclusions trop affirmatives, le moyen d'arriver à la vérité n'est pas de nier les résultats positifs au nom des résultats négatifs, ou réciproquement, mais bien de chercher la raison de leur divergence ».

C'est là, en effet, croyons-nous, la véritable méthode scientifique, et nous mettrons nos efforts à ne nous en point écarter. C'est grâce à elle que nous espérons arriver à démontrer la raison de la divergence *apparente* entre la théorie de la menstruation de cause ovarienne et un certain nombre de faits d'observation invoqués pour la combattre.

Nous admettrons donc, avec les réserves qui nous sont imposées par l'autorité des défenseurs de la *disjonction*, que la théorie de la ponte ovulaire, comme cause efficiente de la menstruation, répond à l'immense majorité des cas, et chercherons à interpréter, de la façon la plus rationnelle, les faits de conception au cours de l'aménorrhée qui pourraient, à première vue, fournir un nouvel argument contre cette doctrine.

La menstruation peut donc être regardée, suivant l'expression de Raciborski, comme la terminaison critique de la congestion des organes génitaux qui accompagne le complet déve-

(1) De Sinéty. *Loc. cit.*

loppement du follicule de de Graaf. Quelle que soit l'interprétation que l'on donne du mécanisme intime de cette congestion, que l'on admette avec *Pflüger* et le professeur *Vulpian* qu'elle est le résultat d'un acte réflexe dont le point de départ centripète siége dans l'ovaire, ou que l'on regarde, avec *Longet* et *Courty*, l'ovulation et l'hémorrhagie utérine comme deux phénomènes intimement liés, dépendant d'une cause plus générale qui réside dans le système nerveux central et préside à l'exaltation périodique de tout l'appareil génital, ainsi qu'à son retentissement sur l'appareil de la lactation et sur l'économie tout entière, on arrive, croyons-nous, à cette conclusion, confirmée par l'expérience de chaque jour, que l'ovaire joue chez la femme le principal rôle dans la fonction génésique. Si l'on peut hésiter à admettre dans sa forme, peut-être un peu absolue, l'aphorisme formulé par *Chéreau* (1) « Propter solum ovarium mulier id est quod est », il faut bien reconnaître, cependant, que c'est cet organe qui constitue la caractéristique sexuelle de la femelle, de même que le testicule définit le mâle.

On a pu dire, avec raison, que dans la généralité des cas, lorsque l'ovaire n'existe pas, les règles font défaut. Dans toutes les observations d'absence congénitale des ovaires, recueillies par *Morgagni*, *Simon*, *Renauldin* et nombre d'autres, l'écoulement menstruel n'a jamais été constaté; *Puech* (2), qui a réuni un assez grand nombre d'observations analogues, arrive à la même conclusion : stérilité et aménorrhée complète. Il fait du reste remarquer que, si dans certains cas l'absence congénitale des deux ovaires s'accompagnait de malformations ou d'absence des trompes, de l'utérus ou du vagin, il en est dans lesquels les ovaires seuls faisaient défaut, les autres organes étant normalement constitués et que, cependant, les règles n'ont jamais paru. Lorsqu'un seul ovaire manquait, la

(1) Chereau. *Mémoire pour servir à l'histoire des maladies des ovaires*, 1844.

(2) Puech. *Des ovaires et de leurs anomalies*. Paris, 1873.

menstruation était régulière et la grossesse s'était produite assez fréquemment. *Scanzoni*, *Behling*, *Chaussier*, *Granville*, ont rapporté des faits du même genre.

La relation de *G. Robert* (1) sur les *hedjeras*, ou eunuques femelles de l'Asie centrale, ne laisse, il nous semble, aucun doute sur l'influence de l'ablation des deux ovaires avant l'époque de la puberté, relativement à la suppression de tout phénomène d'instauration cataméniale.

Mais depuis que l'extirpation des ovaires, soit sains, soit atteints d'affections diverses, est entrée dans la pratique de la chirurgie, quelques dissidences se sont produites au sujet de la constance de la suppression des règles à la suite de l'opération de Battey, ou de l'ovariotomie double.

Sans vouloir remonter jusqu'à l'histoire célèbre de ce châtreur de porcs, qui enleva les deux ovaires à sa fille pour réfréner ses mœurs déréglées (2), nous pouvons citer l'observation bien connue de *Percival Pott* (3) qui enleva, chez une jeune femme de 25 ans, les deux ovaires herniés et supprima dès ce moment la menstruation, qui avait été très régulière auparavant.

En 1781, *Themmen* (*loc. cit.*) signalait la suppression complète des règles chez les femmes qui ont subi l'extirpation des deux ovaires.

Presque tous les chirurgiens qui ont, depuis cette époque, pratiqué l'ablation des ovaires ont constaté que, si elle est *complète* et a porté sur les *deux ovaires*, la cessation du flux menstruel en est la conséquence. Sans vouloir multiplier les citations, nous dirons que *Kœberlé* (4) affirme « qu'après l'ablation des deux ovaires, il survient de l'aménorrhée et une sté-

---

(1) G. Robert. In *Journal l'Expérience*, février 1843.

(2) Wier. *Opera omnia. Observat. medic. rariorum.* lib. II. Amsterdam, 1640.

(3) P. Pott. *Œuvres chirurgicales*, t. I, p. 492. Paris, 1777.

(4) Kœberlé. In *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXV.

rilité absolue. L'ovariotomie double, dit-il, est en quelque sorte suivie immédiatement de la ménopause, sans que, d'ailleurs, l'état physique et physiologique de la femme se ressente d'une manière spéciale de la mutilation qu'elle a subie. » Il dit d'autre part dans une lettre à Puech (1), reproduite par cet auteur : « Dans tous les cas d'ovariotomie double, il y a aménorrhée et santé parfaite. »

*Péan* (2) reconnaît que si les ovaires ont été enlevés en totalité, la ménopause est la conséquence forcée de l'opération, tandis que, si un seul ovaire a été extirpé, les règles ne sont pas habituellement troublées ; on les a même vues devenir plus régulières qu'avant l'opération.

Du reste, M. *Le Bec*, qui dans un travail récent (3) a analysé la plupart des faits d'ovariotomie, au point de vue des modifications consécutives de la menstruation, arrive à la conclusion suivante : « Dans la pratique de nos maîtres, nous trouvons la preuve de cette aménorrhée à la suite d'une double ovariotomie. Il est avéré que c'est une règle générale, et c'est peut-être la raison qui fait que ces observations ne sont pas plus souvent publiées. M. le professeur *Duplay*, qui a déjà pratiqué un grand nombre d'ovariotomies, a eu la bonté de nous communiquer quelques-uns des cas où l'absence totale de la menstruation nous montre que c'est là la règle générale, on pourrait dire absolue. »

En faisant également la statistique des résultats de l'opération de Battey, au même point de vue, Le Bec a constaté que sur 59 opérations d'ovariotomie double on a vu :

| | |
|---|---|
| Ménopause. . . . . . . . | 53 fois. |
| Flux irréguliers. . . . . | 4 — |
| Ovaire retiré en partie . | 1 — |
| Menstruation régulière. . | 1 — |

(1) Puech. *Loc. cit.*

(2) Péan. *De l'ablation des tumeurs du ventre, considérée dans ses rapports avec la menstruation*, etc. In *Gazette médicale*, 1880.

(3) Le Bec. *Recherches sur les suites éloignées des opérations d'ovariotomie. In Arch. gén. de médecine*, 1882.

Nous n'ignorons pas, d'ailleurs, que l'on a cité un assez grand nombre d'observations contradictoires et l'on pourra consulter avec fruit à ce sujet la thèse du Dr *Ormières* (1). Mais si l'on retranche des faits qu'il rapporte tous ceux dont la brièveté et le manque de détails suffisants peuvent prêter au doute, si de plus on tient compte des objections sérieuses qui ont été formulées par *Hégar*, *Kœberlé*, *Péan*, *Gaillard-Thomas*, *Spencer Wells*, relativement à la valeur de certaines observations, invoquées comme probantes, on comprendra les réserves prudentes faites par M. Ormières, et l'on sera tenté de les accentuer encore davantage.

En effet, quelques observations se sont trouvées, paraît-il, modifiées, involontairement sans doute, par les auteurs qui les ont reproduites. Tel est le cas emprunté à Kœberlé, d'ovariotomie double et d'hystérectomie avec persistance des règles; il a été invoqué par *Peaslee*, *Goodman* et d'autres encore pour combatte l'origine ovarienne de la menstruation. Mais nous trouvons dans *Hegar* (2) le passage suivant d'une lettre de Kœberlé écrite à ce sujet : « Il y a malentendu de la part de M. Peaslee au sujet d'une de mes opérées dont le corps de la matrice a été extirpé et qui a continué à avoir des règles aux depens de la portion cervicale de l'utérus. Cette malade n'avait pas subi l'extirpation des ovaires. Il survint peu de temps après l'extirpation une grossesse extra-utérine et l'opérée a succombé au sixième mois de la grossesse par suite d'un accident. »

D'autre part, dans un certain nombre de cas où les règles ont persisté, Kœberlé, Péan, Panas, Hégar, etc., ont admis, et parfois constaté, qu'il était resté après l'opération une portion de l'ovaire dans l'abdomen. *Battey* (3), qui admet en principe que la ménopause est la règle après l'extirpation des deux

---

(1) L. Ormières, *Sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie*, thèse de Paris, 1880.

(2) Hegar. *Die Castration der Frauen*, 1878.

(3) Battey. *Extirpation of the functionally active ovaries for the remedy of otherwise incurable diseases*. In *Gynecological transactions*, 1877.

ovaires, fait les mêmes réserves pour deux cas où la menstruation n'a pas été supprimée, et dans lesquels il est porté à croire que, vu la difficulté de l'opération, il n'avait pas *compris la glande tout entière dans la ligature*. Il est vrai que l'on ne peut affirmer l'ablation totale des deux ovaires, lors de persistance des règles, que « si, après la mort du sujet, un examen microscopique très minutieux démontre qu'il ne reste pas dans la cavité abdominale la moindre trace de parenchyme ovarique » (1). De ce qu'une pareille observation idéale, réalisant toutes les conditions d'une expérience de laboratoire, n'existe pas dans la science, ce n'est pas une raison, croyons-nous, pour admettre l'exactitude absolue des faits de menstruation après l'ovariotomie *double*.

Enfin on peut admettre avec *Péan* et *Terrillon* (2) que ces hémorrhagies utérines ne sont pas de véritables règles; elles sont en effet, le plus souvent, assez irrégulières, diminuent progressivement d'intensité, ou ne durent que pendant les premiers mois qui suivent l'opération. Des métrorrhagies analogues ont été du reste observées après divers grands traumatismes chirurgicaux ne portant en rien sur les organes sexuels. C'est pour consacrer la même opinion que *Spencer Wells* les a désignées sous le nom de *Métrostaxis*.

Quoi qu'il en soit de toutes ces objections, nous ne nous refusons pas à admettre que, dans quelques cas exceptionnels, la menstruation a continué après l'ablation des deux ovaires, mais, n'es-t-il pas rationnel de voir dans cette persistance d'une hémorrhagie périodique une manifestation de l'*habitude organique* créée au niveau de la muqueuse utérine par la répétition du flux menstruel pendant un nombre plus ou moins considérable d'années. L'habitude acquise par un organe soumis à une fonction périodique est d'ailleurs admise par *Depaul*

(1) Nordau. *De la castration de la femme*. Paris. 1882.

(2) Terrillon. *Des troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques et après l'ovariotomie. Annales de gynécologie*, septembre 1882.

et *Guéniot* (1) dans des cas analogues, et par *Dubois* et *Pajot*, ainsi que par *Courty* (2) au sujet de divers troubles menstruels. Ne constate-t-on pas des phénomènes de même ordre chez les hémorhoïdaires, et l'habitude n'a-t-elle pas une réelle action sur un grand nombre de fonctions normales ou de perturbations pathologiques de l'organisme ?

Nous tenons de M. *S. Pozzi* (communication orale) que, dans les cas cités de persistance des règles après l'ablation des deux ovaires, il faut certainement faire entrer en ligne de compte l'*habitude*, acquise par l'utérus, de la congestion périodique ; et d'ailleurs, si le réflexe parti du vagin ou du col utérin suffit, dans quelques cas, ainsi que le veut M. Ormières pour entretenir la menstruation régulière, nous trouvons cependant une preuve de son impuissance dans l'aménorrhée absolue des *hedjeras* ou des femmes privées congénitalement d'ovaires, et chez lesquelles l'habitude du flux cataménial n'a pu être créée par la ponte ovarienne.

La suppression des règles a été également observée par différents auteurs, à la suite d'affections aiguës ou chroniques des ovaires, ayant amené l'atrophie ou la destruction de leur parenchyme; c'est ainsi que dans les cas d'ovarite, de kystes des ovaires, ou de dégénérescence carcinomateuse de ces organes, on voit, le plus souvent, les menstrues devenir très irrégulières ou même disparaître complètement, et la femme rester stérile, par suite de la cessation de la ponte ovulaire. Ces cas, du reste, sont, ainsi qu'on le comprend facilement, moins probants que ceux d'absence congénitale ou d'extirpation des deux ovaires, et comportent deux causes d'erreur difficiles à éliminer : une portion de l'organe peut demeurer saine et fournir un certain nombre de follicules de de Graaf, et, en outre, l'habitude de la congestion mensuelle est acquise par

---

(1) Depaul et Guéniot. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Art. : *Menstruation*.

(2) Courty. *Loc. cit.*

l'utérus et supplée peut-être en partie à l'insuffisance de l'excitation ovarienne.

Enfin, chez les jeunes filles, avant la puberté, et chez les femmes âgées, après la ménopause, on constate presque constamment l'infécondité, c'est-à-dire le repos de l'ovaire, en même temps que l'absence de l'hémorrhagie utérine périodique; au contraire, dans les cas de menstruation précoce ou tardive, on a pu observer des grossesses survenues à un âge qui, d'ordinaire, comporte la stérilité.

Il semblerait, dès lors, que l'on soit autorisé à tirer des faits que nous venons d'exposer la conclusion suivante : L'aménorrhée est, le plus souvent symptomatique du non fonctionnement de l'ovaire et. par suite, s'accompagne chez la femme d'infécondité. — (Il est d'ailleurs bien entendu que nous ne parlons ici que de l'aménorrhée qui s'observe chez les femmes normalement constituées et dont les organes génitaux ne présentent aucun vice de conformation, aucune lésion acquise pouvant s'opposer à l'issue du sang des règles à l'extérieur : il ne peut être question de l'aménorrhée par rétention.)

Telle n'est pas, cependant, d'après nous, la véritable interprétation que l'on doive donner des phénomènes qui nous occupent. En effet, s'il ne se produit pas, le plus souvent, d'hémorrhagie menstruelle sans ponte ovulaire, il est au contraire des cas déterminés dans lesquels la ponte ovulaire a lieu sans que l'utérus fournisse aucun écoulement sanguin. C'est dans ces circonstances que la conception reste possible chez la femme aménorrhéique, ce que prouvent, à n'en pouvoir douter, les observations de grossesse survenue dans de semblables conditions.

Voyons donc quelle est l'explication la plus rationnelle, selon nous, que comporte cette curieuse anomalie des fonctions de reproduction.

On trouve, dans *Paul d'Egine*, un aphorisme qui renferme en substance la théorie que nous allons développer au sujet de la variété d'aménorrhée que nous étudions : « *Retinentur menstruæ quando corpus totum non est sanum.* » C'est en effet

à un état morbide, à une affection locale ou générale de la femme aménorrhéïque que l'on peut attribuer le silence de l'utérus alors que l'ovulation suit son cours régulier.

Nous avons vu que chez la femme adulte, normalement constituée, depuis la puberté jusqu'à la ménopause, l'excitation venant de l'ovaire, au moment de la maturation mensuelle du follicule de de Graaf, retentit sur tout le système génital et produit, en même temps que des modifications dans l'état général, une congestion des organes du petit bassin accompagnée de sensation plus au moins pénible, dont l'ensemble constitue ce que l'on nomme le *molimen hémorrhagicum*. Cette congestion, parvenue à son apogée, se traduit au niveau de l'utérus par des ruptures vasculaires, de la desquamation épithéliale et, en dernier ressort, aboutit à une hémorrhagie plus ou moins considérable qui s'écoule à l'extérieur et constitue les règles. Tel est l'enchaînement physiologie des phénomènes cataméniaux; mais il peut se rencontrer dans l'utérus lui même, ou dans l'état de santé général de la femme, des conditions qui s'opposent d'une façon plus ou moins complète à la production d'une hémorrhagie : la muqueuse utérine ne répond plus par un flux sanguin à l'incitation partie de l'ovaire.

C'est de cette façon qu'il faut comprendre la proposition suivante formulée par *Négrier* (1) : « Si les faits que nous avons cités autorisent à conclure qu'il n'y pas d'hémorrhagie menstruelle sans une rupture vésiculaire dans l'ovaire, il n'en est pas de même de cette autre proposition, que la rupture d'une vésicule ovarique est nécessairement accompagnée d'une hémorrhagie »; et aussi ce passage du Traité d'accouchements de *Cazeaux* : « L'hémorrhagie utérine peut manquer sans entraver en rien la marche régulière du travail ovarien. En un mot, la ponte spontanée qui provoque ordinairement une exhalation sanguine sur la face interne de la matrice peut concentrer son action sur l'ovaire seul. »

Est-ce là une preuve de la *disjonction?* Nous ne pouvons ad-

(1) Négrier. *Loc. cit.*, 1840.

mettre une semblable interprétation des faits, et l'on sait, en particulier, que les deux auteurs dont nous venons de reproduire les textes sont des partisans convaincus de la théorie ovarienne de la menstruation. Nous citerons encore à l'appui de notre manière de voir l'ingénieuse comparaison établié par M. *Gallard* à propos des phénomènes de la crise cataméniale. « L'utérus, dit-il (clinique déjà citée), peut oublier, dans certains cas, d'obéir à l'impulsion fonctionnelle qu'il reçoit de l'ovaire, de la même façon que l'explosion d'une arme à feu peut quelquefois manquer de se produire après l'éclatement de la capsule, sans que pour cela il se soit jamais trouvé personne qui ait osé prétendre qu'il n'y a pas corrélation intime et forcée entre les deux phénomènes. »

On trouve assez fréquemment la preuve de ce que nous avançons dans l'écoulement leucorrhéique qui se montre périodiquement chez les femmes atteintes d'aménorrhée, et qui remplace, en quelque sorte, les règles, si bien qu'il a reçu le nom de *règles blanches*. Il résulte d'une congestion de la muqueuse utérine, insuffisante pour amener des ruptures vasculaires et donner lieu à une hémorrhagie, mais assez marquée cependant pour déterminer une hypersécrétion des glandes propres de l'organe. Ces *règles blanches* sont ordinairement accompagnées d'un molimen analogue à celui qui s'observe avec des règles normales; elles durent, comme ces dernières, de un à cinq ou six jours et, comme elles, traduisent par un phénomène extérieur appréciable, la ponte d'un ovule parvenu à maturité.

On peut encore trouver une preuve de la relation que présente cette leucorrhée périodique avec le flux menstruel, et du rôle de suppléance qu'elle joue à l'égard de la menstruation normale dans ce fait, que l'écoulement blanc jaunâtre qui la compose prend parfois, et à des époques plus ou moins distantes les unes des autres, une coloration rosée, arrivant même jusqu'à lui donner un aspect sanguinolent; c'est là une véritable ébauche de l'hémorrhagie menstruelle : un degré de plus et les *règles rouges* seraient constituées. Nous

avons constaté ces diverses modifications chez une des malades soumises à notre examen et qui a présenté tantôt de l'aménorrhée avec règles blanches très nettes, tantôt des règles simplement rosées et enfin, à d'autres moments, un flux sanguin menstruel normal (voy. obs. VI). Chez cette femme, du reste, ces divers écoulements périodiques se sont toujours accompagnés d'un molimen marqué, sur la nature duquel la malade affirme ne pouvoir se méprendre.

Les *règles blanches* étaient déjà connues de *Themmen* (1), qui avait fort bien apprécié leur importance au point de vue de l'aptitude à la fécondation des femmes chez lesquelles on les constate.

« On remarque, dit-il, quelques femmes qui n'ont pas leurs mois, c'est-à-dire chez lesquelles manque l'évacuation du sang rouge, et qui sont pourtant devenues mères. Je me suis donné beaucoup de peine pour savoir ce qui se passait chez ces sortes de femmes. J'en ai rencontré trois : la première avait des *flueurs blanches* dont l'écoulement coïncidait avec le retour habituel des règles; les deux autres montraient chaque mois les phénomènes des femmes menstruées, le stade menstruel se terminait tantôt par la diarrhée, tantôt par une urine épaisse et trouble, tantôt par des *flueurs blanches*..... Elles étaient bien portantes et toutes rendaient à la même époque, c'est-à-dire au moment où les règles auraient dû couler, une certaine matière par la vulve; aussi oserai-je dire, avec Van Swieten, que toutes les femmes qui ne rendent aucune matière par la matrice sont stériles. »

On ne peut définir plus clairement l'existence du molimen menstruel et des règles blanches. Nous trouvons une indication du même ordre, appréciée d'une façon presque identique, dans les observations rapportées par Brierre de Boismont (voy. obs. XVII et XVIII), et aussi dans celle de Négrier (voy. obs. X) ainsi que dans deux autres de nos observations personnelles (voy. obs. VI et XX).

---

(1) Themmen. *Loc. cit.*

M. Gallard insiste avec soin sur l'importance de cet écoulement, tant au point de vue théorique qu'au point de vue clinique, et nous avons soigneusement recherché son existence chez les femmes que nous avons nous-même examinées. Nous ne voudrions pas affirmer qu'il ne s'est produit que dans les cas où nous avons pu réussir à en déceler la trace; on comprend, en effet, quelle difficulté on peut éprouver à obtenir de bien des malades de la clientèle hospitalière, peu soigneuses d'elles-mêmes et médiocrement intelligentes, des renseignements précis sur ce point délicat; elles s'aperçoivent bien de la suppression du sang de leurs règles, mais ne remarquent pas si une leucorrhée, souvent permanente, subit des exacerbations mensuelles régulières.

Enfin, il nous faut bien admettre que, dans quelques cas, ces phénomènes périodiques peuvent faire entièrement défaut, soit que l'état de la muqueuse utérine elle-même s'oppose à toute sécrétion leucorrhéique, soit que, chez certaines femmes, l'incitation ovarienne, moins vivement ressentie, reste insuffisante à la déterminer.

Il nous reste, dès lors, à rechercher les causes qui condamnent l'utérus au silence, bien que l'ovaire remplisse ses fonctions physiologiques; en un mot, à expliquer la pathogénie de l'aménorrhée chez des femmes qui continuent à amener chaque mois un ovule à maturité et chez lesquelles, par conséquent, la conception est possible en l'absence de toute hémorrhagie cataméniale.

Une des causes les plus évidentes, mais sur laquelle nous n'avons pas à nous arrêter, on le comprend, c'est l'absence congénitale de l'utérus chez une femme possedant des ovaires normaux; les exemples n'en sont pas très rares, et M. Gallard en a publié un cas curieux, avec examen nécroscopique à l'appui : il est relatif à une femme morte à l'âge de 60 ans, après avoir été mariée deux fois, bien qu'elle n'eût ni vagin, ni utérus. On constatait sur les ovaires de nombreuses cicatrices ne permettant pas de douter qu'ils eussent fonctionné.

Mais ces cas ne rentrent pas dans le cadre que nous nous

sommes tracé ; l'aménorrhée permanente et la stérilité absolue qu'ils comportent n'ont pas besoin d'explication.

Si, dans des circonstances semblables, la conception est impossible, on comprend qu'il pourra n'en plus être de même à mesure que l'utérus, bien que toujours insuffisamment développé, se rapprochera plus complètement de l'état normal. *Puech* (1) a signalé la variété d'arrêt de développement qu'il a qualifiée du nom d'*utérus pubescent*, comme une cause d'aménorrhée ; mais si la stérilité est encore une conséquence presque fatale de cette malformation, il peut exister seulement un léger degré d'atrophie de la matrice, permettant la conception et l'évolution de la grossesse, mais constituant, ainsi que l'admet Courty, une des causes de l'aménorrhée que nous étudions.

(*A suivre.*)

---

## DE L'ANUS CONTRE NATURE ILÉO-VAGINAL
### ET DES FISTULES INTESTINO-UTÉRINES (1).

**Par le Dr L. H. Petit,**
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

(SUITE) (2).

### DIAGNOSTIC.

La rareté des fistules iléo-utérines ou vaginales, comparée à la fréquence des fistules recto-vaginales, a été cause que, dans la plupart des cas, leur diagnostic a été très difficile. Dans certains cas on a cru à une communication

---

(1) Mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix Huguier, 1881).

(2) Voir *Annales de gynécologie*, numéros de décembre 1882, de janvier et février 1883.

du rectum avec le vagin; dans d'autres, l'examen direct a permis de faire un diagnostic exact; dans d'autres enfin le diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie.

En l'absence de selles vaginales, les phénomènes de l'étranglement interne survenant après l'accouchement, étant très intenses et durant plusieurs jours, comme nous l'avons indiqué plus haut, pourraient faire croire à un étranglement interne simple, et le seul élément de diagnostic entre cette affection et l'étranglement causé par une rupture utérine ou vaginale est la constatation de la présence de l'intestin dans le vagin ou l'utérus. Aussi les erreurs, en l'absence du diagnostic, ont-elles été fréquentes. Percy, Davey, Davis, Scharlau ne firent ce diagnostic qu'à l'autopsie, mais pour des raisons différentes.

Dans le cas de Percy, les accidents éclatèrent avec une violence extrême et amenèrent rapidement la mort. Les excréments n'étaient pas encore sortis par le vagin, et ce n'est qu'à l'ouverture du corps qu'on trouva deux anses intestinales étranglées dans une rupture utérine, sphacélées et percées de plusieurs ouvertures. (Obs. VII.)

Dans celui de Davey, le chirurgien n'apprit qu'au dernier moment que les selles étaient passées par le vagin, accompagnées de gaz. Il pensa qu'il était bon d'attendre les résultats de l'autopsie, qui le renseigna pleinement. (Obs. XIX.)

L'observation de Davis a été rapportée avec trop peu de détails pour savoir si le dignostic a été fait pendant la vie. Il n'est pas fait mention de l'issue d'excréments par le vagin; on dit seulement qu'à l'autopsie les intestins grêles furent trouvés adhérents à l'utérus et communiquant avec sa cavité par quatre orifices. Les fragments non évacués du fœtus étaient renfermés dans l'utérus avec des matières fécales. (Obs. XIII.)

Dans le cas de Scharlau il n'y eut pas à proprement parler de phénomènes d'obstruction intestinale; il y eut des alternatives de diarrhée, de constipation, des selles fétides qui, jointes aux symptômes de la métro-péritonite concomitante,

ont beaucoup contribué à masquer la lésion intestinale pendant la vie.

Dès que les fèces s'écoulent par le vagin, il semble qu'il soit facile de savoir quel en est le point de départ, et cependant quelques erreurs ont été commises.

La première est l'absence de diagnostic. Wood, qui rapporte avec beaucoup de détails l'observation de sa malade, ne paraît pas avoir jamais reconnu la véritable nature du mal. (Obs. XXVII.)

### Observation XXVII.

*Accouchement au septième mois; déchirure transversale du col de l'utérus; hernie intestino-vaginale; anus vaginal consécutif, après sphacèle de l'intestin et du segment inférieur de l'utérus* (1).

Femme de 24 ans, bien constituée, arrivée au 7e mois de la grossesse ; depuis trois jours, perte des eaux, douleur continue dans la région de l'utérus. Le 15 mai 1819, à 7 heures du matin, le toucher vaginal montre les membranes rompues et le col dilaté d'un demipouce. Douleurs fortes, régulières. Le reste de la journée, le travail avance peu. Vers 9 heures du soir, après une absence de l'accoucheur, pendant laquelle une garde donna à la malade un grand verre de gin, douleurs très intenses qui arrachaient des cris à la malade ; le fœtus est expulsé violemment du vagin ; calme très grand ensuite.

L'introduction de la main dans le vagin fait découvrir un corps mobile qu'on pense être le placenta, mais dès qu'on l'attire à la vulve, la malade jette des cris : c'était le segment inférieur de la matrice présentant à sa partie postérieure et inférieure une large déchirure s'étendant latéralement, de sorte qu'il ne tenait plus à la partie antérieure de sa circonférence que dans l'étendue de moins de deux pouces. En arrivant aux détroits, le doigt se trouva au milieu des anses intestinales, qui fermaient le passage ; la douleur était tellement vive, qu'il fallut retirer la main, mais alors les circonvolutions intestinales descendirent et remplirent presque entièrement le vagin. La malade demandant qu'on la laissât tranquille, Wood repoussa dans le vagin le fragment déchiré de l'utérus et s'en tint

(1) Wood. *London med. Repository*, 1822, vol. XV, p. 450.

là. Ni hémorrhagie ni vomissement. Un peu de sommeil dans la nuit.

Le lendemain, abdomen douloureux, distendu ; pas de lochies ; le toucher, pratiqué avec précaution, fit percevoir encore les intestins.

Les quatre jours suivants, pas de repos ; peau chaude et sèche ; soif grande ; pouls, de 110 à 135 par minute ; abdomen très gonflé, dur et extrêmement douloureux ; écoulement peu abondant, presque incolore et très fétide ; peu d'urine ; pas de selles. La malade boit beaucoup, mais refuse les aliments et les lavements.

Le 20, 8e jour, douleur violente sous les 6e et 7e côtes gauches ; respiration courte et oppressée ; saignée, vésicatoire *loco dolenti.* Deux lavements ; après le second, la malade veut aller sur la chaise percée, mais pendant qu'on essayait de la lever, il s'écoula une énorme quantité de matière presque noire et extrêmement fétide ; syncope qui dure plus d'une heure. Wood évalue la quantité de l'écoulement à deux pintes, et d'une odeur si désagréable qu'on pouvait à peine rester dans la chambre ; il s'était effectué par l'anus et par le vagin ; la portion d'utérus déchirée était sortie par la vulve, mais n'était pas encore détachée.

Le 20. Grande faiblesse ; écoulement abondant de couleur foncée, fécaloïde, et très fétide ; abdomen très distendu et très douloureux ; tumeur dure, très volumineuse, occupant les régions épigastriques et hypochondriaques presque tout entières ; la partie déchirée de l'utérus, atteinte de sphacèle, s'est détachée. Le vésicatoire a bien pris et la douleur pleurétique a disparu.

Pendant les quinze jours suivants, l'état de la malade fut très précaire ; pas de selle régulière, mais écoulement continu d'une substance semblable à celle du 20, d'une quantité de 3 à 5 pintes dans les vingt-quatre heures, quelquefois par l'anus, quelquefois par le vagin. Lorsqu'il était trop abondant, on mettait sous la malade un bassin ; la partie épaisse était composée généralement de membranes putrides, de morceaux de placenta et de fèces.

Le 6 juin. L'amélioration se dessine pour la première fois ; retour de l'appétit ; mouvements possibles dans le lit.

Le 9. Abdomen moins volumineux et moins sensible ; écoulement moins abondant et moins foncé.

Le 17. La convalescence continue ; une selle normale par l'anus ; l'écoulement, considérablement diminué, n'a plus lieu que par le vagin. Depuis lors, la guérison se fit graduellement. L'auteur se loue de l'emploi des opiacés ; les laxatifs, au contraire, eurent de mauvais

résultats ; les toniques, vin, quinquina, furent administrés depuis lors.

A Noël, l'état de la malade était le suivant : mictions difficiles; l'écoulement a diminué peu à peu, mais n'a jamais cessé ; il est extrêmement fétide ; pas de retour des règles. Les intestins sont rentrés et le vagin est obstrué à sa partie supérieure par une substance très dure, résistante, à peine sensible, et que Wood pense être la partie restée de l'utérus.

Malade faible et émaciée.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. D'abord l'auteur, qui a intitulé son fait : cas de lacération de l'utérus, ne paraît pas s'être douté qu'il existait une communication de l'intestin avec le vagin, ou du moins n'en parle pas, ne prononce pas le nom de fistule intestino-vaginale, et n'a pas examiné une seule fois la malade pour rechercher la source de l'écoulement fécaloïde qui avait lieu par le vagin. Il paraît croire aussi que l'anse intestinale qu'il a sentie dans le vagin après l'accouchement y est restée plusieurs mois, puisqu'il remarque qu'à Noël elle était rentrée dans le ventre.

Quant au fait lui-même, sa relation est assez détaillée pour que nous puissions l'interpréter comme il suit :

L'utérus s'est rompu en arrière près de l'insertion du vagin, transversalement, de façon que le fragment inférieur ne tenait plus au supérieur qu'en avant ; l'intestin grêle s'est insinué dans le vagin par cette voie et s'y est étranglé, puisque la constipation a été opiniâtre pendant quatre jours. Au cinquième jour, l'intestin gangrené s'est rompu et les fèces se sont écoulées, du bout supérieur, à la fois dans le vagin et dans le bout inférieur. L'éperon n'était pas rigide probablement, car il permit la circulation continuelle des matières du bout supérieur dans le bout inférieur ; jusqu'à la fin de l'observation, les matières se sont écoulées par le vagin et l'anus.

On ne sait pas au juste la quantité d'intestin grêle qui fut ainsi détruite, mais elle a dû être assez grande, si on se rap-

pelle que le vagin était rempli par les anses herniées, et que pendant quinze jours il en est sorti des membranes sphacélées, outre les fragments de placenta.

Quant à la partie de l'intestin qui a été étranglée, nous pensons que c'est l'intestin grêle, à cause de la facilité avec laquelle il est sorti et resté, de la quantité qui s'est herniée, et de la continuité de l'écoulement fécaloïde après son ouverture dans le vagin.

La partie déchirée de l'utérus s'étant sphacélée, l'intestin s'abouchait donc directement dans le vagin; plus tard, après l'élimination des eschares, la cicatrisation des parties dénudées a amené la formation de ce tissu induré qui limitait le vagin en haut, et fermé peu à peu la fistule stercorale, mais non entièrement, puisqu'au bout de huit mois il existait encore un léger écoulement par le vagin; les matières solides passaient directement du bout supérieur dans le bout inférieur un mois environ après l'accident, et les liquides seules s'écoulaient par la fistule.

Il y eut en outre, après l'accouchement, en même temps que se formait la fistule iléo-vaginale, une pelvi-péritonite qui s'apaisa peu à peu, comme le dit l'observation.

L'issue des matières fécales par la vulve étant constatée, on peut avoir à rechercher si elles proviennent, d'une part, de l'utérus ou du vagin, et, d'autre part, de l'iléon, du côlon ou du rectum.

Pour savoir si les matières sortent par le col de l'utérus ou par une ouverture anormale créée à la paroi du vagin, le toucher peut déjà fournir quelques indications; on peut apprendre ainsi l'existence et le siège de la fistule au voisinage de l'utérus. La présence de deux ouvertures, l'une étant celle du col et l'autre celle de la fistule, indiquera qu'il y a une perte de substance à la paroi vaginale. (Obs. XXVIII.)

L'examen au spéculum confirmera ces données.

Nous avons déjà parlé de l'erreur de diagnostic commise par Demarquay sur ce point; il est bon d'y insister. Rappelons

qu'il s'agissait d'un anus iléo-vaginal situé dans le cul-de-sac postérieur du vagin et que ce chirurgien le décrivit comme fistule iléo-utérine. Demarquay vit la malade six semaines après l'accouchement. A cette époque il est probable que le col de l'utérus, en contact continuel avec les matières fécales, était ulcéré, tuméfié, fongueux, comme les parties environnantes, se confondait avec elles, et que le chirurgien prit pour le col un léger degré de prolapsus de la muqueuse vaginale de chaque côté de la fistule.

Cette cause d'erreur doit donc être signalée. Pour l'éviter, il faudra, après avoir appliqué un spéculum à large développement, explorer avec un stylet ou un hystéromètre toutes les anfractuosités et dépressions du fond du vagin, autour de l'orifice par lequel s'écouleront les matières fécales, et ne pas s'en rapporter uniquement aux indications fournies par la vue seule, le vagin étant couvert d'ulcérations, ou par le toucher, le doigt ne rencontrant partout que des tissus ou ramollis, ou uniformément indurés, suivant l'époque à laquelle l'exploration a lieu, c'est-à-dire d'après le temps qui s'est écoulé depuis l'apparition de l'affection.

Le toucher, quoique fort pénible, suffit à renseigner le chirurgien dans le cas de Hufeland.

### Observation XXVIII.

*Cancer de l'utérus ayant envahi les parties voisines; fistule intestino-vaginale; mort; autopsie.* (Hufeland. *Journ. der prakt. Arzneykunde*, IX Band, p. 131.)

Femme de 43 ans, accouchée heureusement pour la troisième et dernière fois dans le cours de l'année 1778. Depuis ce temps, elle eut souvent à combattre des métrorrhagies graves; en outre, elle souffre souvent de crampes, de douleurs hémorrhoïdales, de troubles digestifs et d'une constipation opiniâtre accompagnée de dureté du ventre. Elle fait habituellement bonne chère, et comme son travail est modéré, elle attribue à sa manière de vivre ses douleurs, qui disparaîtraient par un autre régime.

Je ne puis donner une relation complète du traitement qu'elle a suivi pendant les treize premières années de sa maladie; dans les

deux dernières, le traitement avait été dirigé principalement contre l'obstruction intestinale. Lorsqu'au mois de novembre 1793, la malade me fut adressée par son médecin, qui était sur le point de partir, le traitement qu'elle avait suivi avait amené une amélioration notable. Les métrorrhagies, qui n'avaient jamais été longtemps sans se montrer, devenaient plus rares ; les douleurs n'étaient plus aussi vives qu'auparavant, et, après un examen attentif, je ne trouvai aucune raison de modifier le traitement prescrit par mon prédécesseur, de sorte qu'elle le continua sans changement. Pendant deux mois, il n'y eut aucune perte, mais dans le milieu de décembre, une métrorrhagie assez abondante se montra et fut suivie d'une seconde très grave dans le cours de janvier 1794.

Deux fois, elle rendit des caillots d'apparence charbonneuse, puis un liquide plus pâle ; à la suite, elle eut une leucorrhée qui persista pendant trois mois ; le flux était tantôt muqueux, tantôt aqueux ; il avait une odeur désagréable, mais n'était point acide ; au début, il y eut plusieurs pintes en vingt-quatre heures. Cet accident ne laissa pas de m'inquiéter par sa longue durée, de sorte que je proposai le toucher. Il fut refusé et je ne crus pas devoir insister, parce que l'écoulement devint bientôt moins abondant et que les douleurs disparurent complètement sous l'influence des toniques. Dans le mois de mai, la malade était, selon toute apparence, entièrement rétablie ; elle prenait soin de ses affaires et, selon son dire, il y avait de longues années qu'elle ne s'était trouvée aussi bien. Cet état dura sans interruption pendant trois mois.

Le 20 août au matin, la malade fit une assez longue course à pied ; à son départ elle se sentait alerte et bien portante, mais au retour elle éprouva, outre la fatigue, un malaise inaccoutumé dont elle ne put pas bien donner l'idée ; à peine fut-elle rentrée dans sa chambre, qu'une nouvelle hémorrhagie la mit gravement en péril. Appelé aussitôt, j'attribuai cet accident à la chaleur et à la marche, et je prescrivis les moyens usités en pareil cas ; l'hémorrhagie diminua peu à peu et disparut tout à fait vers le soir ; mais elle fut suivie d'un écoulement très abondant, muqueux, inodore, qui détermina une vive douleur dans les organes génitaux externes, et affaiblit encore la malade. L'affection présenta le même caractère qu'au commencement de l'année, et j'employai les mêmes moyens pour la combattre.

Mais, lorsqu'au bout de quelque temps l'écoulement neutre et de mauvaise odeur eut fait place à un liquide inodore et acide, je pres-

crivis des topiques fortifiants, astringents, et je cherchai par d'autres moyens encore à prévenir les désordres que le liquide acide pourrait produire sur les organes qu'il toucherait. Au bout de huit jours, les forces de la malade diminuèrent sans que la leucorrhée présentât le moindre changement : l'écoulement était aussi acide qu'au début et occasionnait des douleurs vives, les seules qu'elle ressentît. En même temps, toutes les fonctions du corps s'exécutaient bien, de sorte que je croyais toujours à un simple affaiblissement, et je traitais la malade en conséquence.

Lorsque les jours suivants l'écoulement devint de plus en plus acide, à tel point que les doigts de la malade, qui s'était jusque-là nettoyée elle-même, en furent attaqués, je dus penser à une affection de l'utérus. J'insistai sur la nécessité d'une exploration à laquelle je ne fus malheureusement point autorisé, parce que non seulement la malade avait des sentiments de pudeur exagérés, mais encore parce qu'elle prétendait ne souffrir nullement dans le ventre, d'autant mieux qu'elle avait été guérie à chaque attaque antérieure sans que l'examen en question eût été fait.

Pourtant, le quatorzième jour, après la dernière hémorrhagie, la malade decouvrit dans l'écoulement vaginal quelque chose de semblable à de la matière fécale, ce qui ne laissa pas de la jeter dans une grande perplexité. Elle ne se soumit cependant point encore à l'examen, et il s'écoula quelques jours (durant lesquels l'issue par le vagin de pepins de raisins lui prouva qu'un intestin avait été lésé) avant qu'elle se fît toucher par une sage-femme.

Cette dernière aurait trouvé une ouverture ayant le diamètre d'un groschen entre le rectum et le vagin. Ceci me parut invraisemblable pour les raisons suivantes : 1° les matières fécaloïdes n'avaient pas d'odeur ; 2° les pépins étaient rendus par le vagin, quatre heures au plus après que les raisins avaient été mangés. Je m'assurai de l'inexactitude du renseignement en faisant donner un lavement d'eau colorée, et je menaçai la malade de cesser de lui donner mes soins si elle ne se soumettait pas à l'examen d'un chirurgien.

Celui-ci trouva l'orifice du vagin si étroit qu'il ne pouvait le franchir que difficilement avec le doigt. Lorsqu'il fut au delà de l'obstacle, il sentit que le corps de l'utérus était complètement induré, que le vagin était tellement détruit que l'on pouvait, par une solution de continuité qu'il présentait, pénétrer presque dans le petit bassin et même arriver au sacrum.

Je dois avouer que cette découverte m'impressionna d'autant plus désagréablement que je n'avais jamais songé auparavant à une semblable lésion.

Dans ces conditions, comme la guérison n'était plus possible, nous eûmes pour but principal, le chirurgien et moi, de rendre supportables les souffrances de la malade, et dans ce sens nous espérions bien pouvoir combattre les douleurs causées par l'écoulement de liquide acide. Cet espoir fut bientôt déçu, car le liquide devint plus abondant et plus acide. Toutes nos tentatives furent à peu près infructueuses et nous ne pûmes jamais donner à la malade un soulagement de plus de six jours. Elle mourut dans le marasme le 1er novembre, après avoir eu pendant quelques jours de la fièvre hectique.

*Autopsie.* — Les trois quarts de l'utérus sont envahis par le cancer ; du côté droit il possède encore la trompe et le ligament large correspondants ; du côté gauche, la trompe et la portion du péritoine qui joint la vessie au rectum, de même que la partie postérieure du vagin, sont détruites et remplacées par une ouverture irrégulière. Entre le rectum et le fond de l'utérus, le péritoine est détruit par le cancer; celui-ci a également envahi les circonvolutions de l'intestin grêle qui se trouvent dans la cavité pelvienne.

L'intestin grêle présente une ouverture de 1 pouce 1/2 de large et dont les bords sont squirrheux, de sorte que les aliments passaient de sa cavité dans le vagin.

Le rectum, les autres viscères abdominaux et le sein ne présentent point de cancer secondaire.

On trouve dans cette relation plusieurs détails importants. Hufeland n'avait jamais songé à la possiblité d'une communication entre l'intestin grêle et le vagin, ce qui prouve qu'il n'en avait jamais vu d'exemple; néanmoins sa perspicacité l'empêcha d'admettre le diagnostic de la sage-femme, qui pensait à une communication recto-vaginale, d'après ce seul fait que les pépins de raisin arrivaient au vagin quatre heures après le repas. Le diagnostic de la sage-femme fut complètement infirmé ensuite par le résultat de l'ingestion rectale d'eau colorée, et surtout par l'examen du chirurgien qui sentit avec le doigt la destruction du vagin, telle qu'on pouvait arriver jusqu'au sacrum. L'autopsie démontra l'existence d'une fistule

iléo-vaginale produite par la destruction progressive du segment inférieur de l'utérus, du cul-de-sac vaginal postérieur et d'une anse intestinale adhérente dans la cavité de Douglas.

Dahlmann eut recours à un moyen ingénieux pour voir l'orifice de la fistule ; à l'aide d'un speculum univalve de Sims, il déprima la paroi postérieure du vagin et introduisit dans cette cavité le miroir d'un laryngoscope ; il put ainsi voir très bien la fistule, ce qu'il n'avait pu faire jusqu'alors.

Le diagnostic fut extrêmement difficile dans le cas de Pennel, et il s'en faut de beaucoup que la lecture de l'observation suffise à levér tous les doutes.

### Observation XXIX.

*Hernie vaginale d'origine traumatique ; anus contre nature dans le vagin guérison spontanée* (1).

Une femme de 25 ans, arrivée au troisième mois de sa troisième grossesse, fut soumise par une sage-femme à des manœuvres abortives (introduction dans le vagin d'une canule longue de plusieurs centimètres, suivie d'injection d'une solution de sel gris dans l'eau tiède). Trois injections furent ainsi faites à huit jours d'intervalle. Il s'ensuivit de violentes coliques et la malade fut prise, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, de pertes sanguines abondantes, sous forme de caillots, et se répétant tous les jours.

Le 9 février, au matin, en éternuant, la malade sent une grosseur se former dans le vagin et apparaître entre les grandes lèvres. A deux heures de l'après-midi, M. Pennel constate entre les lèvres une saillie de couleur violet noirâtre, tendue, et ressemblant à une anse intestinale ; le revêtement péritonéal manque dans une étendue de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Cette tumeur est molle et ne semble contenir que des gaz ; par le toucher vaginal, on la fait rentrer dans le vagin et on sent alors une paroi mince au-dessous de laquelle flottent, pour ainsi dire, des matières fécales dures.

Il est impossible d'atteindre avec le doigt le col utérin, ni le point par lequel a passé cette anse d'intestin.

(1) Pennel. *France médicale*, 1881, vol. II, p. 649.

Au palper abdominal, l'utérus paraît gros et dépasse le pubis de 5 à 6 centimètres ; il est fortement porté à droite.

Par le toucher rectal, on sent des matières fécales dures, et en combinant le toucher vaginal avec le toucher rectal, on ne constate aucune perte de substance de la cloison recto-vaginale. La tumeur, que l'on réduit en introduisant le doigt dans le vagin, reparaît lorsque la malade fait un effort, surtout lorsqu'elle veut uriner.

La malade a eu deux selles dans la journée d'hier; aujourd'hui elle a rendu seulement quelques gaz par l'anus. Ni nausées, ni vomissements; état général bon ; ni accélération du pouls, ni refroidissement; le ventre n'est pas ballonné; un bol de bouillon est pris avec appétit.

A six heures, M. Bouilly voit la malade et diagnostique une hernie vaginale; il remarque une fausse membrane de péritonite sur l'anse herniée. Il conseille le repos dans le décubitus dorsal et l'application continue de cataplasmes sur le ventre. Nuit bonne.

Le 10. Pouls à 92 ; pas de fièvre. La malade a mangé de la soupe; elle éprouve quelques nausées, mais pas de coliques. L'anse intestinale est d'une teinte noirâtre plus foncée ; en pratiquant le toucher vaginal, on retire du sang caillé et quelques morceaux de placenta. MM. B. Anger et Périer examinent la malade, et M. Anger, en cherchant la perforation, sent dans le vagin et attire entre les lèvres un corps mince et arrondi qu'on reconnaît être l'appendice iléo-cæcal. Cet appendice est aussitôt réintroduit dans le vagin. Dans la journée, la malade prend du bouillon et des œufs sans les vomir; elle a encore quelques coliques. Pas de ballonnement du ventre. Nombreux gaz par l'anus et besoin de défécation. Le soir, le pouls est à 92; la peau n'est pas chaude, l'anse herniée est plus saillante entre les lèvres; elle est presque noire et d'odeur infecte; on sent toujours des matières fécales flottant librement dans cette anse. Injection vaginale d'eau tiède pour entraîner le sang caillé et les débris de placenta. Nuit bonne.

Le 11. Pas de selles; nombreux gaz par l'anus; ni coliques, ni météorisme ; pas de fièvre; la malade urine bien; l'appétit est excellent et la digestion se fait parfaitement. Quelques morceaux de sang caillé sont encore rendus à la suite d'une injection d'eau tiède. L'anse intestinale, fortement tendue, ne peut plus être réduite par le toucher vaginal.

Dans l'après-midi, cette anse se crève à la vulve et donne issue à

des matières fécales dures, mêlées à un liquide noirâtre et fétide, et à une grande quantité de gaz. Pas de matières fécales par l'anus. Entre les grandes lèvres, on aperçoit des lambeaux d'intestin mortifié et d'odeur infecte. État général aussi bon que possible ; pas de trace de fièvre; pas de météorisme ; appétit excellent ; langue humide et rosée. Dans la soirée, quelques gaz par l'anus.

Le 12 et le 13. Pouls à 92 ; température normale, appétit très bon. Des gaz et des matières liquides d'odeur fécale sortent par le vagin, et quelques gaz par l'anus. Entre les lèvres pend un morceau d'intestin gangréné mesurant 4 à 5 centimètres.

Le 14, Température 38,5 ; pouls 110. Dans la matinée, frisson de quelques minutes ; céphalalgie assez vive ; langue humide et rosée.

Le 15, à deux heures après-midi, la malade rend par le vagin un fœtus d'environ trois mois, sans placenta. Des selles liquides continuent à s'écouler par le vagin ; par l'anus, sortent aussi des gaz et un noyau dur de matières fécales.

Dans la soirée, des morceaux d'intestin mollasse se détachent et rien ne sort plus par le vagin ; pouls à 120 ; ventre un peu ballonné, pas de vomissements. Appétit bon, langue humide.

Le 16, le ventre est plus souple et la fièvre diminue ; un lavement simple provoque deux selles abondantes et dures par l'anus.

Le 17, une selle naturelle et dure dans la journée. L'écoulement par le vagin est complèment arrêté.

Le 18, la malade, complètement rétablie, garde encore le lit par prudence. Au toucher vaginal, le col est gros, mais refermé ; on ne sent de perforation ni de cicatrice en aucun point du vagin ou des culs-de-sac.

L'examen au spéculum n'est pas plus concluant.

Les selles sont normales, sans coliques, sans mélange de liquide sanglant.

Le 20, dans la journée, les règles commencent à s'établir.

L'état général est excellent.

Le 22, la malade se lève pour la première fois, et le 29 du même mois elle quitte l'hôpital.

Cette observation présente bien des invraisemblances et laisse à peu près insolubles toutes les questions relatives au diagnostic de l'anus iléo-vaginal. Il faut d'abord rechercher s'il y a eu rupture du vagin, comme le pense M. Pennel.

Ceci est difficile à admettre. En effet, l'examen par le toucher n'a jamais pu faire constater la déchirure vaginale, ni avant, ni après la mortification et la séparation de l'anse herniée. L'examen au spéculum, trois jours après la chute de l'intestin, ne montre non plus ni perforation, ni cicatrice dans le vagin. Or, si la paroi de ce canal avait été assez lésée pour laisser passer une anse intestinale, qui était ou le cæcum ou la terminaison de l'intestin grêle, il serait évidemment resté trace de cette lésion au bout de trois jours.

D'autre part, si l'anus anormal eut occupé le vagin, on ne comprend pas bien comment il se serait fermé en trois jours. Dans aucun des cas que nous avons recueillis, jamais l'occlusion d'un anus iléo-vaginal consécutif à la séparation d'une anse intestinale complète ne s'est effectuée ni spontanément, ni d'une manière aussi rapide. Elle s'expliquerait au contraire mieux en admettant une communication intestino-utérine.

M. Pennel dit en effet que, jusqu'au moment de l'issue du fœtus, les matières fécales se sont entièrement écoulées par le vagin, et que quelques heures après l'expulsion du fœtus, l'intestin est tombé, l'écoulement vaginal a cessé, et les selles se sont rétablies par la voie naturelle. Ce qui peut se traduire ainsi: l'expulsion du fœtus hors de la matrice a été suivie de la rétraction de cet organe ; la boutonnière qui avait donné passage à l'anse intestinale s'est resserrée ; l'anse intestinale déjà gangrenée a été en quelque sorte sectionnée par le tissu utérin contracté, lequel du même coup fermait la communication établie entre l'intestin et la matrice. S'il n'est survenu aucun accident du côté de l'abdomen, c'est qu'au moment de la rupture de l'utérus, l'anse intestinale qui s'y est engagée a prévenu tout épanchement dans l'abdomen, et qu'au moment de sa chute, cette anse avait contracté avec le pourtour de la rupture des adhérences solides, comme cela se fait pour tous les anus contre-nature consécutifs à des hernies intestinales gangrenées. C'est d'ailleurs ainsi que les choses se sont passées dans presque tous les cas de fistule intestino-utérine, que nous avons recueillis.

Cette explication toutefois ne serait valable que si la hernie d'une anse intestinale et son étranglement étaient mis hors de doute. Or, il n'en est pas ainsi.

L'observation dit, il est vrai, que la présence d'une anse intestinale dans le vagin a été constatée à plusieurs reprises par MM. Pennel, Bouilly, B. Anger et Périer. Mais à ce moment tous croyaient que la fausse couche était terminée, et aucun d'eux n'a songé à se demander si ce qu'on prenait pour l'intestin de la mère n'était pas un fragment de placenta ou le cordon ombilical du fœtus. L'examen a été d'ailleurs fait assez superficiellement, car tous les chirurgiens consultés croyant avoir affaire à une rupture utérine ou vaginale, étaient d'avis de toucher le moins possible à la malade. Or rien ne ressemble plus à une anse intestinale étranglée qu'un cordon de fœtus en procidence depuis deux jours ou un fragment de placenta vu par sa face épithéliale ; et tout ce qui a été décrit dans l'observation, comme « matières fécales flottant dans l'intestin, matières fécales liquides, fragments d'intestin mortifié répandant une odeur infecte, » n'était probablement que des lochies fétides, des débris de placenta, etc., d'autant plus que le placenta n'est sorti, ni avec le fœtus, ni après lui.

On s'explique tout aussi difficilement qu'un étranglement intestinal ait duré pendant sept jours (du 10 au 16 février, sans donner lieu à aucun des phénomènes classiques de l'étranglement herniaire : coliques, météorisme, vomissements fécaloïdes, etc. ; au contraire, la malade mange, digère, dort comme en pleine santé ; elle n'a pas de fièvre ; elle n'a pas de selles, mais des gaz sortent continuellement par l'anus ; il n'est nullement question non plus de cette irritation des parties par le contact incessant des matières fécales, notée comme si douloureuse chez les autres malades.

Ce cas est donc entièrement douteux au point de vue de la lésion génitale et de la lésion intestinale ; on ne peut dire ni quel point du conduit utéro-vaginal a été rompu, ni quelle partie de l'intestin a été étranglée, ni même si la rupture et l'étranglement ont existé. Nous l'avons rapporté, parce que

l'auteur l'a donné comme exemple d'anus contre nature vaginal, guéri spontanément, et qu'à ce titre il rentrait dans notre travail. On pourrait peut-être le donner avec plus de raison comme fait d'avortement provoqué, suivi d'hémorrhagie par décollement partiel et rétention du placenta, puis de putréfaction des annexes du fœtus, et enfin terminé par l'expulsion spontanée de celui-ci.

Dans le cas suivants on fut assez longtemps avant de pouvoir constater le siège de la fistule à cause de la très grande sensibilité des parties.

### Observation XXX.

*Cellulite pelvienne non-puerpérale ; abcès consécutif, ouvert dans l'intestin et l'utérus; fistule utéro-intestinale; guérison.* (W. T. Skinner et Charles M. Ellis. *Philadelphia med. Times*, 30 août 1879, p. 568.)

Mme Thompson, femme d'un fermier, d'une bonne santé antérieure, âgée de 65 ans, fut prise le 4 mai 1878 d'une douleur aiguë, accompagnée d'une grande sensibilité, dans les légions iliaque et hypogastrique droites. La fièvre était modérée. T., 38,8 ; P., de 90 à 112 ; une tympanite très marquée se manifesta rapidement. Langue très chargée, constipation, vomissements constants; micturitions fréquentes et douloureuses, vagin tellement sensible que le toucher est insupportable. Sous l'influence d'un traitement approprié la tympanite disparut, et on sentit directement au-dessus du bord du bassin une tumeur bien limitée, sensible, mais sans fluctuation et s'étendant jusqu'à la ligne médiane.

Le 18 mai, du pus et des fèces s'échappèrent par le vagin et les douleurs du petit bassin se calmèrent; pendant quelques jours l'écoulement se fit de temps en temps, mais bientôt il devint continu.

Le 22, la sensibilité du vagin ayant bien diminué, on pratiqua le toucher, et on constata que la fosse iliaque droite était remplie par une tumeur dure et douloureuse. L'utérus était immobile et paraissait dévié à droite. Par le rectum, la masse descendait si bas qu'elle oblitérait presque le canal, et la cloison recto-vaginale était épaissie par les exsudats inflammatoires.

Le 26, des nausées et des envies de vomir prolongées furent suivies

de vomissements fécaloïdes; l'état de la malade était très inquiétant; les fèces s'écoulaient continuellement par le vagin.

Le 28, après beaucoup de difficulté, le spéculum fut introduit avec soin. Le vagin était profondément infiltré et tuméfié, baigné de pus, et retenait dans ses replis des fragments de matières fécales. L'utérus, déplacé de sa situation centrale, s'écartait de la paroi droite du vagin, et les lèvres du col, très tuméfiées et renversées, saignaient au plus léger attouchement avec la sonde. On ne put trouver d'orifice en aucun point des parois vaginales.

La sensibilité des parties et l'état alarmant de la malade empêchèrent un examen plus attentif jusqu'au 1er juin. Pendant ce temps, bien que les nausées eussent diminué, il y eut de temps en temps des vomissements de matières fécales, et l'écoulement des fèces et du pus par le vagin fut très abondant. Ce jour-là l'hyperesthésie vaginale ayant en grande partie disparu, on put facilement examiner l'utérus.

Le vagin était encore baigné de pus, et des fèces adhéraient à ses parois. Le col, d'un aspect plus normal, ne saignait plus au contact de la sonde. En soulevant la lèvre antérieure, un flot de pus et de fèces jaillit de la cavité. Par prudence, on ne fit aucune recherche pour s'assurer des connexions de la fistule. La tumeur de la région iliaque droite avait diminué, et de petites quantités de matières fécales passaient maintenant par l'anus après de grands lavements d'eau tiède.

6 juin. Jusqu'à ce jour l'état a été meilleur, mais ce matin il y eut des vomissements stercoraux. L'écoulement de pus et de fèces par le vagin continue.

10 juin. L'écoulement vaginal a beaucoup diminué. Des matières solides sont sorties ce jour-là en grande quantité par le rectum; l'état général s'est fort amélioré.

15 juillet. Extérieurement la tumeur n'est plus sentie distinctement, et par le rectum on la trouve très diminuée et ramollie. Le vagin est normal en apparence. L'utérus est encore adhérent à la tumeur; à droite, le col rouge est béant, les lèvres renversées et tuméfiées. Le passage d'une petite sonde d'argent amena l'écoulement d'environ une demi-once de pus. Les matières fécales ont depuis quelque temps complètement disparu de l'écoulement vaginal et l'état de la malade est d'ailleurs très amélioré; elle peut maintenant se lever. On met dans le col une petite tente d'éponge.

Pendant la nuit suivante et la matinée du 16, madame Tompson éprouva de vives douleurs dans le bas-ventre ; elles furent immédiatement soulagées lorsqu'on enleva l'éponge, qui livra passage à un flot de pus très abondant.

Depuis ce moment l'amélioration, quoique lente, fut progressive. Pendant plusieurs semaines il y eut chaque jour issue d'une petite quantité de pus, qui un beau jour cessa entièrement.

« La fistule utéro-intestinale, disent les auteurs de l'observation, est une terminaison extrêmement rare d'un abcès pelvien. Simpson en rapporte un ou deux cas, Demarquay et Ashwell chacun un, mais à la suite d'accouchement. La cellulite pelvienne accompagne ordinairement l'état puerpéral; il n'en était pas ainsi pour cette malade qui n'était plus menstruée depuis 20 ans. Elle nous rappela cependant un fait très intéressant, à savoir qu'elle avait eu un abcès de la matrice après une de ses couches.

« Dans le cas actuel, il fut impossible de trouver aucune cause à cette affection.

« La couleur verdatre et la consistance liquide de l'écoulement, aussi bien que l'absence de toute fétidité, prouvent clairement que dans notre cas la fistule ne s'ouvrait pas dans le rectum.

Nous pensons que c'est là un cas unique de fistule utéro-intestinale, consécutive à une cellulite pelvienne non puerpérale. »

(*A suivre.*)

---

# REVUE DES JOURNAUX

**Le tétanos obstétrical et les contractions tétanoïdes**, par le docteur GARRIGUES, de la Maternité de New-York. — L'auteur, surpris de ce que cette question n'a guère été traitée dans les livres d'accouchements, a fait des recherches sur le *tétanos obstétrical*, mot qu'il a

trouvé dans les ouvrages de J. Y. Simpson (1) et de Fleetwood Churchill (2).

I. *Tétanos puerpéral.* — Il était connu des anciens; Arétée dit que les femmes en sont prises souvent après l'avortement, et Archigène cite l'avortement comme une cause de tétanos (3).

Currie, en 1792, paraît être le premier, dans les temps modernes, à en avoir cité un cas. En 1849, Pitre-Aubinais (4) a publié un mémoire sur ce sujet; il en rapporte trois cas, et le nomme tétanos puerpéral.

J. Y. Simpson n'en a observé qu'un cas, mais il en a rassemblé vingt-huit de diverses sources.

Hervieux (5) a écrit un excellent chapitre sur cette maladie ; il fait connaître plusieurs cas nouveaux, tirés surtout des journaux français, et la divise en deux classes : *tétanos vrai* et *tétanie.*

En 1871, le journal danois *Ugeskrift for Laeger*, renferme un article éditorial sur cet accident, qui rapporte deux nouveaux cas observés en Danemark.

En 1874, Lardier fait sa thèse sur le *tétanos puerpéral consécutif à l'accouchement et à l'avortement.* Il donne un résumé des cas de Simpson et d'Hervieux, et donne connaissance de deux cas observés, l'un par Andral, l'autre par Parissis, d'Athènes.

Dans ses dernières éditions, Churchill a donné plus de développement à cette question et a cité de nouveaux cas.

Quant à sa *fréquence*, cette maladie est fort peu commune en Amérique et en Europe. Denham (6) en a cité trois cas, survenus après l'avortement, et une forte hémorrhagie, un cas, après une couche à terme, suivie d'une forte perte et d'une adhérence placentaire, et un observé chez une vache, qui venait de vêler, et avait présenté aussi une adhérence du placenta.

L'auteur donne une table de 56 cas, pris à diverses sources.

Baart de la Faille (7) dit qu'il n'y a pas de cas de cet accident mentionnés dans les rapports des maternités de Vienne, de Berlin,

(1) *Obstetric Works.*, 1866, t. II, p. 49. (A. C.)
(2) *Maladies des femmes,* trad. Le Blond, p. 1165. (A. C.)
(3) Hervieux. *Traité des maladies puerpérales,* 1870, p. 1011.
(4) *Rev. méd. chir.*, vol. V, p. 149 à 153.
(5) *Loc. cit.*, p. 1011 à 1025.
(6) *Dublin Quaterly Journ.*, 1865, vol. XL, p. 480.
(7) *Beiträge zur Geb. und Gyn.*, 1872, vol. II, nº 1, p. 36.

de Londres et de Paris, et Denham (1) dit aussi qu'il ne s'en est jamais présenté au Rotundo de Dublin, et que, dans la statistique de Merriman, qui porte sur 10,190 cas d'accouchements difficiles, sur 106 morts, il n'y en a qu'une produite par le trismus.

*Etiologie.* — L'influence du climat sur la production du tétanos est démontrée par le fait que, rare en Amérique, même dans les États du Midi et en Europe, il est très commun dans l'Inde. Waring (2) dit qu'à Bombay, entre 1851 et 1853, 912 femmes sont mortes du tétanos puerpéral; pendant cette même période de trois ans, il n'y a eu que 4 cas d'éclampsie, et la mortalité totale s'y est élevée à 42,651; ce qui donne pour le tétanos puerpéral 1/469, ou plus de 1/5 de la mortalité générale.

Playfair (1) en a vu de nombreux cas à Calcutta, et Chassaniol (2) a fréquemment observé cette maladie chez les négresses au Sénégal; il en résulte que la chaleur du climat et la couleur de la peau sont deux causes prédisposantes. La *saison* ne paraît pas avoir une influence marquée sur la production de ce genre de tétanos; dans la zone tempérée, elle n'en a guère, et le nombre total des cas est trop peu élevé, pour qu'on puisse tenir compte de cet élément; mais dans l'Inde il semble être plus fréquent pendant les pluies. Waring trouve que 54,4 p. 100 des cas se sont produits de mai à octobre, et 45,5 p. 100, de novembre à avril, c'est-à dire dans la saison sèche.

Cette maladie est certainement plus fréquente dans la *campagne*; elle est presque inconnue dans les maternités; l'infection n'a donc rien à faire, ou peu de chose, dans sa production.

Un *âge avancé* est certainement une cause prédisposante, et il semble que l'avortement chez les femmes qui ne sont plus jeunes est tout particulièrement dangereux.

Sur 15 cas d'avortement dans lesquels l'âge de la malade est indiqué, la femme la plus jeune avait 26 ans, la plus âgée 41; la moyenne est 34,87. Sur 18 cas d'accouchement à terme, la femme la plus jeune avait 22 ans, la plus âgée 43; la moyenne est 30,55.

L'influence de l'âge saute aux yeux dans un tableau que donne

---

(1) *Loc. cit.*, p. 30.
(2) *Indian Annales*, avril 1856.
(3) *London obst. Trans.*, 1871, v. XIII, p. 140.
(4) *Schmidt's Jahrbücher*, v. CLX, p. 264.

l'auteur, et qui prouve que la moitié des femmes prises de tétanos après un avortement avaient plus de 35 ans.

Quant à la prédisposition créée par *le nombre des grossesses* antérieures, un autre tableau montre que, sur 17 femmes ayant eu le tétanos après une fausse couche, 5 étaient dans leur septième grossesse, tandis que, sur 19 qui ont été jusqu'au terme, 6 furent prises du tétanos à leur premier accouchement.

De ces 6 femmes, aucune n'avait plus de 30 ans; la première grossesse paraît donc créer une prédisposition au tétanos.

L'état puerpéral, à lui seul, constitue une cause prédisposante au tétanos. Cette maladie est rare chez la femme. Hassa (1) dit que, sur 252 cas de tétanos, il n'en a été observé que 42 chez des femmes; la femme est cependant, ajoute-t-il, autant que l'homme, exposée aux légères blessures des doigts et des artères, qui sont une cause de tétanos plus fréquente que les blessures graves.

Les *émotions morales* ont sans doute une influence sur la production du tétanos puerpéral, mais pas aussi active que Wiltshire le veut. Son premier cas est celui d'une dame qui devint enceinte en l'absence de son mari; il suppose, à vrai dire, que cette dame subit des manœuvres instrumentales dans le but d'amener l'avortement. Son second cas a plus de valeur: c'est celui d'une dame, sœur et femme de médecin, ce qui permet de lui supposer un vif sentiment des mauvais procédés; séparée pour quelque temps de son mari, elle devint enceinte dans une réconciliation; elle fut de nouveau abandonnée dans des circonstances qui aggravaient singulièrement sa situation.

D'autres cas, celui de Parissis et celui de Ritchie, ont eu pour cause une colère.

Une *hémorrhagie* a souvent été la cause d'un accès tétanique. Une fois sur trois, Simpson avait déjà fait cette remarque; mais il semble accuser plutôt le tampon que la perte sanguine. Cependant, sur 25 cas, cités par Garrigues, il y eut 14 cas d'hémorrhagie, et le tampon ne fut placé que 8 fois; il semble donc qu'il faille plutôt accuser la faiblesse causée par la perte de sang. Le cas de Macdonald paraît dû à l'anémie, la malade ayant allaité son enfant jusqu'au moment

(1) *Krankheiten des Nervensystems*, *Virchow's Pathologie und Therapie* vol. IV, part. I, p. 182, Erlangen, 1855.

de l'accouchement. Trousseau (1) a trouvé que la tétanie a pour cause principale l'allaitement.

Un lever prématuré, après un accouchement ou une fausse couche, peut aussi amenener le tétanos : à preuve la malade d'Andral et le premier cas de Gordon.

Dans quelques cas, la cause a été une *opération*. Ainsi, le second cas de Gordon a succédé à un avortement provoqué, sans forte hémorrhagie ; le cas déjà cité de Wiltshire rentre dans cette classe. De même des cas cités par Finucane, Green, Kjeldahl, Bölling, où le placenta a dû être extrait avec la main ; dans ceux de Padova, de Bianconi, de Parissis, de Banga, de Storer ; dans le cas de Paul Dubois, le tétanos survint dix-sept jours après l'opération césarienne.

L'exposition au *froid* et à *l'humidité* est une cause bien démontrée ; les trois malades de Pitre-Aubinais commirent l'imprudence de se mouiller les pieds et de boire de l'eau froide ; la malade de Fournier-Pescay s'assit, le sixième jour après son accouchement, sur un siège de latrines ouvertes à tous les vents. La même cause est citée par Colles, Patterson, Trousseau, Andral, Malcolm, Gordon, Thompson et Maclay, Heerfordt. Pitre-Aubinais croit qu'il faut attribuer le mal presque toujours à la suppression des lochies ou d'une transpiration profuse ; cependant, Craigh dit expressément que, dans son cas, la sécrétion lactée et l'écoulement lochial continuèrent jusqu'à la mort.

D'autres causes sont signalées : la déchirure du périnée (Lever), une éclampsie avant l'accouchement (Pitre-Aubinais), une péritonite, un abcès du coude (Lévy).

Comme curiosité, on peut citer le cas de d'Outrepont, qui est attribué à une métastase de la gale, qui avait disparu de la peau ! A la réapparition de l'éruption, le tétanos disparut. Levertin dit que le mal, dans son cas, survint sans cause apparente.

*Angine précurrente.* — Le gosier, dans quelques cas, a été pris avant l'apparition du tétanos ; ainsi, dans les cas de Wood, de Malcolm, de Salomonsen.

*Mois de la grossesse.* — Le tétanos a une prédilection positive pour les avortements des premiers mois, pour le troisième tout spécialement. Sur 22 cas, 10 se produisirent dans le troisième mois, 5 « de bonne heure. » Dans les cas où le tétanos a suivi l'accouchement, la

(1) *Clinique médicale*, 2e édit., vol. II, p. 145.

grossesse était presque toujours à son terme. De 32 malades, une seule (Pitre-Aubinais) accoucha dans le septième mois; une était « avant terme » (Symond); trois étaient dans leur neuvième mois.

*Temps écoulé depuis la délivrance.* — Waring affirme qu'une accouchée peut être prise de tétanos à un moment quelconque, jusqu'au dix-huitième jour, mais qu'elle y est d'autant moins exposée qu'elle est plus éloignée du sixième. Un tableau, donné par Garrigues, prouve que le tétanos peut survenir un mois après l'accouchement.

*Définition.* — Garrigues définit ainsi cette maladie : « Une maladie aiguë caractérisée par des contractions toniques des muscles volontaires, des convulsions intercurrentes dans les mêmes muscles, et une action réflexe augmentée. »

*Les symptômes* sont ceux du tétanos commun; il n'est donc pas utile de les décrire en détail. Le mal commence toujours au cou ou dans son voisinage; quelquefois, le trismus, dû à la contracture des masséters, ouvre la scène; parfois, c'est la dysphagie, due à la constriction pharyngée; d'autres fois, c'est la raideur des muscles cervicaux. La bouche présente le rire sardonique, les sourcils sont contractés, la face exprime la souffrance et l'anxiété; dans un paroxysme, les yeux sont grands ouverts, et ne laissent voir que la sclérotique; les pupilles, contractées, ne réagissent pas.

La congestion et le gonflement de la face, ou sa pâleur et sa lividité, dépendent uniquement de l'état du larynx (1). Habituellement la contracture ne tarde pas à envahir le tronc et les extrémités, et l'opisthotonos se produit beaucoup plus souvent que l'emprosthotonos. La douleur précordiale ou épigastrique, caractéristique dans le tétanos commun, ne se rencontre pas aussi communément dans le tétanos puerpéral.

*L'intelligence* est presque toujours intacte; la température n'a pas été notée dans la plupart des cas. Ogle croit que *la température*, dans le tétanos, augmente toujours vers le soir, ce qui serait un signe diagnostique, qu'on ne rencontre pas dans l'hystérie, et l'empoisonnement strychnique (2). Le *pouls* est petit et rapide.

*La sécrétion sudorale* est habituellement abondante. *La miction* est quelquefois difficile et douloureuse; d'autres fois, la vessie se vide

(1) Thamhayn. *Schmidt's Jahrb.*, vol. CXII, p. 219.
(2) *Nashville Journal of med.*, vol. VII, p. 87, 1871.

parfaitement; l'urine ne renferme pas d'albumine; cependant, Levertin signale, dans son cas, « une albuminurie considérable. »

*La constipation* est fréquente, mais parfois l'intestin se vide involontairement.

*La durée* n'est généralement pas longue; quelques cas se terminent par la mort, au bout de quelques heures; la maladie se prolonge rarement au delà de huit jours. Parmi les cas réunis par Garrigues, un cas, consécutif à un avortement, dura « plus d'un mois, » un autre, succédant à un accouchement, dura vingt jours.

*La mort* est due à une suffocation brusque pendant un paroxysme, à l'asphyxie causée par l'immobilité des muscles thoraciques ou à l'épuisement.

*Le pronostic* est des plus graves, beaucoup plus mauvais que celui de l'éclampsie. Sur 25 cas de tétanos survenu après un avortement, la terminaison fut 23 fois mortelle; sur 32 cas après l'accouchement, il y eut 27 morts.

*Diagnostic.* — *L'éclampsie* s'accompagne ordinairement d'albuminurie, ce qui est rare dans le tétanos puerpéral; elle s'annonce habituellement par de la cardialgie, du vertige, de l'œdème de la face et des mains, etc.; le tétanos survient soudainement; les convulsions éclamptiques sont cloniques ou alternent avec des contractions toniques; celles du tétanos sont toniques, et présentent des exacerbations.

L'éclamptique perd connaissance durant l'attaque; les convulsions sont suivies d'un coma profond; le tétanique conserve toute son intelligence; les contractions tétaniques peuvent être rappelées par un contact, par un bruit, ou par une excitation sensorielle; rien de semblable dans l'éclampsie; la température du tétanique est en général plus élevée; enfin, la pupille éclamptique est dilatée, la pupille tétanique est contractée.

*L'épilepsie* se distingue du tétanos par les antécédents, par *l'aura*, par la perte de connaissance, par l'état normal de la température, par la brièveté de l'attaque, et par les longs intervalles qui séparent les accès.

*L'hystérie* n'est pas toujours aisée à distinguer du tétanos; cependant, l'histoire de la malade, les inégalités de son caractère, ses rires et ses pleurs sans motif, son égoïsme, suffisent au diagnostic.

Le Dr Moore (1) raconte un cas de tristesse hystérique, chez une

(1) *Dublin Quaterly Journal*, vol. XXI, p. 227, 1856.

primipare, amené par le récit fait à la malade d'un cas de vrai tétanos; elle se remit rapidement, elle n'avait pas présenté de raideur des masséters, ni de la région cervicale.

Garrigues rapporte un cas de contraction tétanique symptomatique d'une urémie, avec néphrite chronique parenchymateuse, interstitielle aiguë.

*L'anatomie pathologique* ne nous montre rien de bien précis.

*Le traitement* est très variable : Currée a sauvé sa malade en la plongeant dans un *bain froid*; Pitre-Aubinais, Fournier Pascay et d'Outrepont ont employé les *émissions sanguines* répétées fréquemment dans certains cas; Thompson et Dessabhoy ont employé la quinine à haute dose; d'Outrepont a eu recours au *calomel*, et une pommade stibiée; Thompson, Pitre-Aubinais ont appliqué des *vésicatoires*, Thompson, des *cataplasmes*; la malade de Symond a été guérie par un *lavement à la térébenthine*.

Dans les cas heureux, les remèdes employés ont été l'opium, le chanvre indien, la belladone, le chloroforme, la valériane, le musc, le tartre émétique, les bains chauds; mais les mêmes remèdes ont été employés aussi dans les cas mortels.

L'auteur cite encore le *nitrite d'amyle*, si facile à manier, à cause de la petite quantité qu'il en faut pour agir; le *curare*, la *fève de Calabar*, l'*aconit*, le *bromure de potassium*, l'*iodure de potassium* à haute dose, conseillé par Demure, l'application extérieure de *l'iode* ou du *nitrate d'argent* au niveau des muscles affectés, indiquée par Heiberg.

Enfin, l'auteur rapporte plusieurs cas, pris à diverses sources, et dus à diverses causes : à l'empoisonnement du sang, à la lactation. (*Am. journ. of obst.* 1882, p. 769.)

A. Cordes.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

**Tumeur interstitielle de la paroi recto-vaginale. — Cancer de l'extrémité inférieure de l'iléon et de la valvule iléo-cæcale. — Tumeur cancéreuse secondaire de la paroi recto-vaginale,**

par M. Nicaise. — Femme de 60 ans, domestique. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Réglée à 20 ans ; menstruation régulière, peu abondante ; n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches. Pas de maladies antérieures.

L'affection aurait débuté il y a deux ans ; des troubles gastro-intestinaux, inappétence, digestions difficiles, alternatives de constipation et de diarrhée, tels sont les phénomènes initiaux.

Quelques mois plus tard, des vomissements glaireux et alimentaires, des douleurs abdominales vagues, un amaigrissement rapide, la perte des forces, sont venus compléter ce tableau symptomatique. A part ces troubles fonctionnels, la malade n'a pas présenté d'autres symptômes, pas de mælena, pas d'hématémèse.

Etat à l'entrée, 26 septembre 1882. — Amaigrissement, teinte cachectique, jaune paille, affaiblissement. La malade ne quitte pas son lit.

Rien aux poumons ni au cœur. Urines normales. Les troubles gastro-intestinaux sont très marqués, vomissements après chaque repas, diarrhée abondante. Léger œdème des parois abdominales, un peu d'ascite. La palpation du ventre ne fait découvrir aucune tumeur, ni au niveau de l'estomac, ni dans les fosses iliaques, ni dans les autres régions ; pas de leucorrhée ; par le toucher vaginal on ne peut sentir le col de l'utérus qui est porté derrière le pubis ; mais on reconnaît que la paroi postérieure du vagin est refoulée en avant ; la muqueuse vaginale est intacte.

Le toucher rectal montre que la paroi antérieure du rectum est aussi refoulée en arrière par une tumeur assez ferme, légèrement mamelonnée, qui occupe la cloison recto-vaginale et refoule ainsi le vagin d'un côté, le rectum de l'autre.

En pratiquant en même temps le toucher rectal et la palpation abdominale, je constate l'existence d'une petite tuméfaction surajoutée à la tumeur principale, et que je suppose être l'utérus soulevé par la tumeur de la cloison.

L'état général de la malade accuse l'existence d'un cancer, qui est probablement un cancer intestinal, mais sur lequel nous ne pouvons mettre la main. La nature de la tumeur de la cloison reste indéterminée, la malade n'en souffre pas et ne sait pas depuis quelle époque elle peut exister.

Les symptômes s'aggravent ; un nouvel examen, fait quelques semaines après l'entrée de la malade, permet de constater de la tumé-

faction en dedans et en haut de la fosse iliaque droite ; la tumeur de la cloison recto-vaginale ne s'est pas modifiée.

La malade meurt le 12 novembre.

*Autopsie.* Rien dans les organes thoraciques.

Dans la cavité abdominale, une petite quantité de sérosité. Quelques brides et des adhérences sur le trajet du côlon ascendant au niveau de la fosse iliaque droite, péritonite circonscrite et fausses membranes englobant l'extrémité inférieure de l'intestin grêle et le cæcum; en les séparant, on constate que l'extrémité inférieure de l'iléon est atteinte de cancer qui a détruit une partie de la paroi, et aussi une partie de la valvule iléo-cæcale, et que l'ulcère cancéreux arrive jusque dans le cæcum. D'abord, dans le bord adhérent de l'intestin grêle, on trouve trois noyaux cancéreux, dont l'un a le volume d'une noix et qui ont sans doute pour point de départ de petits ganglions lymphatiques.

Organes du petit bassin : Dans la cloison recto-vaginale existe une tumeur lisse légèrement mamelonnée, assez résistante, élastique ; elle est recouverte en haut par le péritoine, en apparence sain, du cul-de-sac recto-utérin ; en avant, elle est en rapport avec la face postérieure du col et la paroi vaginale ; en arrière, elle recouvre le rectum. La muqueuse vaginale saine ainsi que l'utérus, petit, atrophié, et refoulé en haut et en avant par la tumeur. Mais sur la paroi rectale on constate un commencement d'ulcération au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur ; la perforation n'est pas encore effectuée.

A la coupe, la tumeur de la cloison est formée d'un tissu colloïde assez ferme, avec des tractus plus résistants.

Il s'agit là d'un cancer secondaire de même nature que le cancer intestinal, et qui a sans doute pour point de départ de petits ganglions lymphatiques.

Plusieurs fois, j'ai rencontré autour de l'utérus cancéreux des noyaux arrondis de cancer secondaire du volume d'une noisette ou d'une noix et qui avaient probablement pour origine des ganglions de la région.

La rareté et la difficulté du diagnostic des tumeurs interstitielles de la cloison recto-vaginale m'a engagé à vous communiquer ce fait.

(*Séance du* 21 *février* 1883.)

Rapport, par M. Terrier, sur **deux observations de tumeurs utérines et ovariennes ; hystérectomie et ovariotomie**, présentées par M. le Dr Villeneuve (de Marseille).

La première de ces observations a pour titre : *Ablation de l'utérus et d'un myôme du poids de* 8 *kil.* 600 *gr.; guérison.*

Voici le résumé de ce fait intéressant : Mme S..., 32 ans, a eu deux grossesses et est accouchée, dans les deux cas, d'un enfant mort, mais à terme. Après le premier accouchement, la malade eut des troubles intestinaux, de la dysménorrhée, et s'aperçut que son ventre augmentait de volume. Après la seconde grossesse, la tuméfaction de l'abdomen augmenta rapidement et atteignit des proportions considérables en huit mois. En août 1882, en même temps que l'énorme tumeur abdominale, deux médecins constatèrent un double épanchement pleural sans fièvre, qui, d'après eux, contre-indiquait toute intervention chirurgicale.

M. Villeneuve vit la malade le 17 juin 1882; l'état moral et l'état général étaient excellents ; pas d'épanchement pleural. L'abdomen mesure 1m66 au niveau de l'ombilic ; la palpation permet de reconnaître une couche d'ascite, et au-dessous d'elle une tumeur lisse, dure, peu mobile, remontant jusqu'à deux travers de doigt de l'appendice xyphoïde.

Au-dessus du pubis, et sous la peau, on constata la présence d'une autre tumeur ovoïde, mobile, ressemblant à l'utérus, mais qui serait un second fibrome distinct de la première tumeur.

Le col utérin, petit, immobile, est débordé de tous côtés par la tumeur abdominale, qui fait saillie dans les culs-de-sac. L'hystéromètre pénètre de 2 cent. 1/2, et des mouvements imprimés à la tumeur sous-pelvienne ne se communiquent pas à la tige de l'instrument.

L'opération fut faite le 20 juin 1882, avec l'aide du Dr Fiouppe, dans une des chambres d'isolement de la clinique obstétricale. Sauf le spray, les précautions de la méthode de Lister furent rigoureusement suivies.

Incision médiane, commençant à quatre travers de doigt du pubis et remontant un peu au-dessus de l'ombilic. L'incision péritonéale donna issue à quatre litres de liquide ascitique, et quelques adhérences épiploïques sont sectionnées et liées au catgut.

Le volume considérable de la masse nécessite l'agrandissement de l'ouverture xyphoïde, alors seulement elle peut basculer et être

attirée du dehors, Après un examen attentif, on reconnut que la tumeur s'implantait sur toute la moitié du col utérin, col lui-même très allongé et hypertrophié ; en bas, la tumeur arrive jusqu'à la limite du cul-de-sac vaginal postérieur ; en haut, elle empiète sur le quart inférieur de la face supérieure de l'utérus. Ce dernier, infléchi en avant, n'était autre que la tumeur sus-pubienne prise pour un fibrome.

Le ligament large gauche est soulevé et déplissé par la tumeur qui paraît ainsi adhérer au pourtour du petit bassin. L'ovaire gauche est appliqué contre la tumeur. Le ligament large et l'ovaire droits sont sains et libres.

M. Villeneuve pensa un instant à séparer le fibrome de l'utérus pour laisser ce dernier intact, mais il abandonna aussitôt cette idée pour pratiquer l'hystérotomie. Il passa un fil de fer autour du col hypertophié, du ligament large et de l'ovaire correspondant; il fit ainsi un large pédicule qui fut serré à l'aide du serre-nœud de Cintrat. Deux broches en croix traversaient la tumeur au-dessus des fils.

L'opérateur crut ensuite devoir enlever la tumeur en deux parties en la fendant verticalement.

Toilette péritonéale, 4 sutures profondes enchevillées et 6 sutures superficielles avec des fils d'argent.

Le pédicule, attiré au dehors et posé à l'angle inférieur de la plaie, fut badigeonné de baume du Commandeur. L'opération avait duré une heure cinquante-cinq minutes.

Dès les premiers jours, la température tomba de 39,4 à 38, mais le pouls resta assez élevé ; on fit des injections d'éther et on administra du cognac.

Le huitième jour, les sutures profondes furent enlevées. Vers le 5e jour, la température descendit au-dessous de 38 degrés et on put alimenter l'opérée, d'ailleurs très faible.

Au septième jour, M. Villeneuve dit avoir resserré le serre-nœud. Enfin, le pédicule tomba le 9e jour. On s'aperçut alors que la cavité du vagin était ouverte et qu'elle communiquait avec l'infundibulum formé par le sphacèle du pédicule. On plaça un drain et on fit des injections phéniquées deux fois par jour.

Le dixième jour, légère hémorrhagie par le pédicule, ce qui affaiblit la malade. Cet écoulement de sang coïncide avec le retour de l'époque menstruelle.

Au quinzième jour, le drain vaginal est enlevé, et la malade se

lève une heure. Le dix-septième jour, thrombose dans les veines du bras gauche. Enfin, la malade put quitter l'hôpital un mois après l'opération.

La tumeur enlevée pèse 8 kil. 600 gr., elle offre à la coupe l'aspect d'un fibrome à noyaux multiples. Le corps utérin, situé en avant de la tumeur, est presque normal ; quant au col, il est très allongé, car la partie enlevée mesure 7 centimètres. L'ovaire gauche normal accompagne l'utérus.

L'ouverture du vagin au moment de la chute du pédicule semble due à ce que, au moment de la constriction, l'anse de fil de fer glissa un peu et se rapprocha suffisamment des parois vaginales pour les sphacéler. Lorsque, dans une hystérotomie, on maintient le pédicule au dehors, il faut placer les broches avant l'anse de fil de fer, et mettre cette anse soit au-dessous, soit même encore entre les deux broches, de façon à s'assurer de la fixité de l'anse au moment où on vient de la serrer.

M. Villeneuve fit quatre sutures profondes seulement et les fit enchevillées ; nous préférons de beaucoup faire toutes ou presque toutes nos sutures profondes avec du fil d'argent et à points séparés. Ceci permet de retirer la moitié des sutures vers le quatrième jour, et le reste vers le 6e ou le 7e jour. Enlever les sutures au troisième jour nous semble prématuré si l'on craint l'éventration ultérieure.

M. Villeneuve a été frappé comme nous de la dissociation qui existe entre le pouls et la température, et il a cru devoir la rapporter à des causes purement morales, alors que nous avons toujours soutenu qu'il s'agit ici d'accidents essentiellement réflexes, dûs et à la lésion et à l'irritation des plexus du sympathique. (*Séance du 7 mars 1883.*)

R. CHENET.

---

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

## (GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

*Appareil élytro-ptérigoïde. — Hémostase; dilatation du col; ocytocie,* par le Dr CHASSAGNY (de Lyon). Brochure in-8 de 60 pages. Prix : 2 fr. Paris. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

*Des ruptures utérines pendant la grossesse et de leurs rapports avec l'avortement criminel*, par le Dr J.-P.-H. Coutagne (de Lyon). Brochure in-8 de 54 pages. Prix : 2 fr. Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

*Les hystériques; état physique et état mental; actes insolites, délictueux et criminels*, par le Dr Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. In-8 de 625 pages, 1882. Prix : 8 fr. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

*Extraits de pathologie infantile*, de Blache et Guersant, publiés par le Dr René Blache, avec une préface de M. le Dr Archambault. In-8 de 502 pages. Asselin, éditeur. Paris, 1883.

*Ueber den scheiden und gebarmuttervorfall nach den im feriencurs für aerzte gehaltenen vorträgen*, par le Dr A. Martin (de Berlin).

*Enlèvement d'un fibrome; extirpation de l'utérus ; mort*, par Golding Bird. (*British medical Journal*, 18 novembre 1882, p. 1001.)

*Laparo-élytrotomie*, par le Dr Beckwith. (*Comptes rendus de la Société médicale du Connecticut*, 1882.)

*De l'emploi de la curette dans la pratique gynécologique*, par le Dr Browne Bernard. (*The obstetric Gazette*, septembre 1882.)

*Statistiques de l'hôpital pour les femmes en couche pendant les années* 1881 *et* 1882, par les Drs H. Smith et F. Barnes. (*British med. Journal*, 13 janvier 1883, p. 52.)

*Contribution au massage de l'abdomen et surtout de l'utérus et de ses annexes*, par le Dr Bunge. (*Berl. Klin. Woch.*, 19 juin 1882.)

*Accouchement prématuré provoqué par un décollement placentaire*, par le Dr Booth. (*British. med. Journal*, 13 janvier 1883, p. 54.)

*De la fièvre puerpérale*, par le Dr Gusserow. (*Berl. Klin. Woch.*, 1882. n° 32.)

*Cas d'hémorrhagie post partum*, par le Dr Stack. (*British med. Journal*, 13 janvier 1883, p. 54.)

---

**Erratum.** — L'article publié dans notre dernier numéro, page 180, et qui a pour titre : **Contribution à l'histoire des présentations de la face**, doit être attribué à M. le Dr Pilat (de Lille).

---

*Le gérant :* A. Leblond

---

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT.
A. DAVY, Sucr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

# ANNALES
# DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1883


## TRAVAUX ORIGINAUX

### SPONDYLIZÈME ET SPONDYLOLISTHÉSIS,

NOUVEAUX DOCUMENTS POUR L'ÉTUDE DE CES DEUX ESPÈCES DE LÉSIONS PELVIENNES.


**Par le Dr F.-J. Herrgott,**
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy.

Avec une traduction de l'étude de l'*Étiologie de la spondylolisthésis,* par le Dr FRANTZ-L. NEUGEBAUER.


Nous avons étudié en 1877 (1) les altérations pelviennes causées directement par les lésions de la colonne lombaire. Nous basant sur l'examen d'une pièce anatomique qui est rente nos mains, et celui des descriptions de bassins publiés comme spondylolisthésiques, catégorie créée par Kilian en

(1) *Le spondylizème ou affaissement vertébral comparé à la spondylolisthésis ou glissement vertébral.* (*Ann. de gyn.* et *Arch. de tocol.*, 1877.)

1854, nous sommes arrivé à établir, entre les lésions des bassins rangés dans cette catégorie, une distinction importante basée sur le siège précis de la lésion vertébrale, et à montrer que quand elle atteint le corps de cet os, qui est le *soutien* de la colonne, il en résulte un affaissement de celle-ci et une inclinaison du côté où le soutien a été affaibli ou détruit, déformation à laquelle nous avons donné le nom de spondylizème (affaissement vertébral); que si elle atteint l'arc vertébral qui supporte les apophyses articulaires qui *maintiennent* ces os en place, le corps de la vertèbre peut, sous la pression du poids du corps, être poussé en avant de son soutien inférieur, glisser en avant de celui-ci et constituer cette altération si bien étudiée par Kilian et appelée par lui spondylolisthésis (glissement vertébral).

Nous pensions alors que le corps aussi bien que l'arc vertébral pouvaient être atteints d'une altération d'une nature identique, de celle si bien décrite par Pott, à laquelle le nom du célèbre chirurgien anglais est resté attaché.

La faveur qui a accueilli notre classification, l'attention dont notre travail a été honoré, les objections qu'il a soulevées, les nouveaux travaux qu'il a inspirés nous imposent de rectifier les erreurs que les études ultérieures nous ont fait découvrir dans notre travail, de combler les lacunes qui s'y trouvaient, d'y ajouter ce que des publications ultérieures ont apporté de documents sérieux, et de discuter les objections que notre travail a soulevées.

Rien n'est plus utile à la solidité d'une doctrine que la contradiction basée sur de sérieuses recherches, elle impose une étude plus étendue de la question, et son résultat certain est de dissiper les erreurs, et de donner à ce qui est réellement vrai une lumière éclatante et une plus grande puissance de rayonnement.

Au moment de la publication de notre travail nous n'avions pu connaître le travail de Lambl, publié en 1852 (1), que par

(1) *Beiträge de Scanzoni*, t. III, p. 1, avec 10 planches.

des analyses ; depuis que nous l'avons pu étudier nous-même, nous avons dû y distinguer deux parties : une qui s'appuie sur une étude très sérieuse des bassins spondylolisthésiques, qui est très remarquable, et une théorique, résumée par l'auteur en dix-huit conclusions (1), qui peuvent elles-mêmes se résumer par les propositions étiologiques que nous avons cru devoir combattre, et qui, comme nous le verrons plus loin, ont été combattues par celui de ses élèves qui a le plus de vénération pour le maître et son travail.

La liste des bassins spondylolisthésiques empruntée à la traduction de Naegele Grenser (2) n'avait pu être complétée, car à l'époque de la publication de notre travail, les derniers numéros de la *Monatschrift f. die Geburtskunde* n'étaient pas en nos mains ; nous avons à ajouter le deuxième bassin de Halle, publié par Blasius dans le t. XXXI de ce journal, avec fig., p. 241, sous le titre : « Spondylolisthésis, suite de carie lombo-sacrée » (3). La figure 2 qui accompagne ce mémoire représente les 4e et 5e vertèbres lombaires, la dernière manifestement érodée par un travail inflammatoire chronique, et allongée sous l'influence de la pression de la colonne.

Dans le même journal, t. XXXIII, p. 247, nous trouvons encore un autre bassin spondylolisthésique, publié par le Dr Ender, directeur de l'école des sages-femmes de Trèves. Deux figures représentent le bassin en entier, vu en face et par en bas. Nous donnerons un tableau synoptique de tous les bassins dont nous avons pu avoir connaissance.

Peu après que parut notre travail sur le spondylizème, M. Fehling en publia, dans le *Centralblatt für Gynaekologie* (t. I, 1877, p. 26), une analyse succinte qui se termine par ces paroles : « Nous ne pouvons accorder à l'auteur d'avoir découvert une nouvelle espèce de lésion pelvienne ; il n'y a de nouveau que le nom de spondylizème pour caractériser une

---

(2) *Beiträge de Scanzoni*, t. III, p. 69, avec 10 planches.

(1) Page 461, 1869.

(2) *Spondylolisthésis in Folge von Caries lombosacralis.*

variété de bassins appelés chez nous spondylolisthésiques du genre des bassins cyphotiques » (für die bei uns unter den kyphotischen Becken intergebrachte Abart der spondylolisthetischen).

Il y a à répondre à cette appréciation sommaire : que la dénomination de *spondylizème* a été créée pour caractériser une déformation pelvienne qui consiste essentiellement en un *affaissement*, ἵζημα de la colonne *sur* l'ouverture pelvienne, celle de *spondylolisthésis*, la déformation qui résulte d'un *glissement* ὀλίσθησις de la colonne *dans* l'ouverture pelvienne, celle du bassin *cyphotique* restant appliquée à celui dont l'ouverture est restée libre, mais dont le canal et surtout le détroit inférieur ont été déformés consécutivement à une cyphose dorso-lombaire.

Quand M. Fehling a donné (1) la description du bassin remarquable qui peut être regardé comme le type du bassin spondylizématique, comme celui de Prague est le type du bassin spondylolisthésisque, celui de Haening, le type du bassin cyphotique, voici comment il commence cette intéressante description :

« La qualification (2) de cyphotique appliquée aux bassins décrits sous ce nom n'est pas bien choisie, car le bassin n'est pas par lui-même *cyphotique*, car la cyphose d'une partie déterminée de la colonne vertébrale entraîne des modifications caractéristiques. Il serait préférable de rester fidèle à la règle des dénominations qui a fait appeler les bassins ostéomalaciques, rachitiques, obliques par ankylose, etc., et d'appliquer à ceux-ci la dénomination de bassins arthrocaciques. Dans le bassin que nous allons décrire, où la lésion principale est la projection de la colonne vertébrale sur l'ouverture pelvienne, par suite de l'affaissement de plusieurs corps vertébraux, la qualification de bassin cyphotique, sans altération consécutive du canal pelvien, convient moins encore ; c'est

(1) A. F. G., t. IV, p. 1.
(2) Id., p. 2.

pourquoi nous l'avons appelé *bassin couvert* par arthrocace lombo-sacrée, dénomination qui exprime plus succinctement la genèse et l'essence de la lésion. »

Nous trouvons ces observations très justes, c'est la ch sentielle qui doit nommer une lésion. Ce bassin n'est photique, il n'y existe point de glissement vertébral c'est l'affaissement de la colonne qui est la chose essent ; mais alors pourquoi Fehling dit-il que ce bassin est *cyphotique*, variété *spondylolisthésique*. Il faut convenir qu'on ne peut mieux se contredire ni plus obstinément se refuser à voir la lumière.

Notre travail était à peine publié, lorsque M. le prof. Howitz, de Copenhague, nous fit l'honneur de nous adresser un article publié par lui en 1863 dans un journal danois, avec figures, sur la spondylolisthésis. Le cas décrit était manifestement un spondylizème. Nous nous sommes empressé de publier la traduction française que l'auteur a bien voulu faire ; nous avons fait reproduire la gravure, le bois primitif ayant été perdu. Ce mémoire a paru dans les *Archives de tocol.*, IV, p. 577.

Peu après M. le Dr Chiari, de Vienne, voulant dissiper les incertitudes qui depuis le travail de Kilian enveloppaient les bassins de Vienne, les a soumis à une nouvelle étude et, cette fois, en pratiquant, comme j'en exprimais le désir, un trait de scie vertical sur le milieu du bassin.

Cette analyse anatomique faite avec un grand soin a été insérée dans les Med. Jahrbücher, 1878. I. Hft. Les deux dessins de 2/3 de grandeur naturelle qui accompagnent le travail ne laissent plus subsister le moindre doute sur le caractère de la lésion ; je m'estime heureux de l'avoir provoqué, et j'ai remercié l'auteur de l'avoir entrepris et de m'en avoir adressé immédiatement un tirage à part. Ces deux bassins spondylolisthésiques les plus anciennement décrits méritent donc d'occuper le premier rang dans la liste que nons donnons plus loin.

Dans la 2e fig., qui représente le grand bassin, on voit très

bien l'altération de l'arc qui a permis le glissement du corps de la vertèbre.

L'année suivante (1879), M. le Dr Van den Bosch, assistant à la clinique des accouchements de l'université de Liège, dit que « la lecture de notre travail l'a engagé à décrire un bassin qui se trouve dans la collection d'anatomie pathologique de l'université ».

La description de cette pièce a été insérée dans le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, t. XIII, 3e série, no 6 ; l'auteur a eu la gracieuseté de nous adresser un tirage à part, dans lequel on voit deux planches, l'une donnant un tracé pelvigraphique d'après le procédé de M. Pinard, en grandeur naturelle, qui montre qu'après avoir glissé en avant du sacrum, la colonne s'est si fortement inclinée en avant que la distance entre le haut de la 3e vertèbre lombaire et le pubis n'est que de 5 cent. ; une seconde planche donne le dessin du bassin scié. C'est un spondjlolisthésis fort curieux, dans lequel l'arc vertébral est tout morcelé et mesure plus de 4 centimètres à l'intérieur.

Mais le travail le plus important sur cette question qui ait été publié est sans contredit la thèse du Dr Fr. L. Neugebauer, soutenue à Dorpat en déc. 1881 : « *Zur Entwickelungs-Geschichte des spondylolistischen Beckens und seiner Diagnose.* (In-8o, 294 p., 97 grav. sur bois.)

Le fils du professeur de Warsovie bien connu dans l'obstétrique a voulu faire son entrée dans la carrière médicale avec un travail digne du nom qu'il porte ; nous pouvons dire de suite qu'il y a parfaitement réussi.

« Deux travaux, dit-il dans son introduction, ont fait dévier « de la voie exacte les recherches sur la cause du glissement, et « ont produit un silence momentané sur cette question : l'un « est dépourvu de base anatomo-pathologique, l'autre inter- « prète d'une façon erronée le processus anatomo-patholo- « gique, je veux parler du travail du prof. Herrgott, qui est « arrivé à considérer le spondylolisthésis comme le résultat du « mal de Pott, attaquant spécialement les arcs vertébraux et

« leurs apophyses articulaires, et le travail du prof. Weber « Ebenhoff, qui l'attribue à une luxation des apophyses obli« ques de l'articulation sacro-lombaire. Ces deux travaux « m'ont décidé à entreprendre le mien. »

Pour notre part nous nous félicitons bien sincèrement d'avoir été la cause occasionnelle d'une étude aussi consciencieuse de cette question étiologique, pour laquelle l'auteur n'a épargné ni travail, ni démarche, ni sacrifice.

Le désir de chercher et de voir par lui-même les pièces pathologiques, l'a entraîné jusqu'à New-York, et dans tous les musées de l'Allemagne, où il a pris des dessins, fait prendre des photographies des pièces qui ont été reproduites avec autant d'art que d'exactitude; nous avons pu comparer entre elles quelques gravures et quelque photographies, que l'auteur a eu l'obligeance de nous envoyer, et nous devons rendre hommage au talent de l'artiste qui les a reproduites avec la plus scrupuleuse exactitude.Dans cette monographie se trouve décrit p. 59, et reproduit en gravure, le bassin de Moscou, qui n'avait été publié qu'en langue russe par Klein en 1871.

Il ne peut être fait ici une analyse de cette monographie importante ; celui qui voudra étudier cette partie de la pathologie pelvienne, son étiologie, sa symptomatologie, sa statistique et sa bibliographie, devra la méditer : nous promettons au lecteur une vive satisfaction et une ample moisson de connaissances précises et sûres.

Nous avons été heureux de voir adoptée par l'auteur la distinction que nous avons faite entre la spondylolisthésis et le spondylizème, ainsi que la classification que nous avons établie.

Les caractères des bassins de Vienne n'étant plus douteux depuis le travail de Chiari ont été comptés comme spondylolisthésique.

Les bassins de Stoltz, de Fehling, de Belloc, de Bruxelles, le 1er bassin de Halle, celui de Depaul et de Howitz ont été regardés comme spondylizématiques ; Neugbauer à même cherché à déterminer sur le vivant les caractères distinctifs de l'attitude

du sujet atteint de spondylizème comparée à celle des spondylolisthésiques, et à réunir tous les cas connus dans un travail postérieur à sa thèse, publié dans le tome XIX de *l'Arch. f. G.*, *av. fig.*, Hft. 3, separat-abdr., p. 8.

Nous devions naturellement concentrer notre attention, et appeler celle du public sur l'objet en litige entre l'auteur et nous; nous étions occupé à faire l'analyse critique de cette partie de la monographie, lorsque nous l'avons trouvée résumée par l'auteur lui-même dans un 2e travail inséré dans le tome XX du même journal sous le titre de « *Ætiologie der sogenanten spondyl-olisthesis* », étiologie de la lésion pelvienne appelée spondylolisthésis (1), suite au premier travail ; « *Casuislik der sogenaten spondylolisthesischen Bekens.* »

Nous avons pensé devoir traduire de ce mémoire, enrichi de magnifique figures, la partie fondamentale, après avoir obtenu l'assentiment de l'auteur, et la communication des bois nécessaires à l'intelligence des démonstrations, ce qui nous a été accordé avec un empressement dont nous sommes très reconnaissant. Nous aurons ainsi l'occasion toute naturelle de faire nos observations.

**Liste des bassins spondylolisthésiques et spondylizématiques publiés jusqu'à ce jour.**

BASSINS SPONDYLOLISTHÉSIQUES.

1. **Le petit bassin de Vienne**, publié d'abord par Rokitansky. *Ber. über die Leistungen der path. anat. Anstalt in Wien*, 1835-1836. In *Beitr. zur Kenntniss der Rückgratskrümmüngen*, etc. *Med. Jahrb. der K. K. öster. St.*, 1836, Bd. XIV, p. 28. *Neueste Folge*, Bd. IX. *Wien*, 1839, p. 202-203. Spaeth, 1854 ; et Kilian, *Schilderungen neuer Beckenformen*, p. 116, avec figures. Le texte est celui de Spaeth ; étudié enfin par Chiari, et représenté, d'après une coupe, dans *Med. Jahrbücher*, 1 Heft. 1878, fig. 2.

(1) Dans le *Centralblatt.*, *f. G.*, 1883, p. 147, se trouve une analyse condensée, mais peu exacte, de ce travail, communiqué par l'auteur à la Société de gynécologie de Dresde, 8 mars 1883.

2. **Le grand bassin de Vienne.** Rokitansky, *Lehrb. der path. Anatomie*, 1852, Bd. II, 185-186. Kilian, ouvrage cité, 111-127. Chiari, ouvrage cité, fig. 1.

3. **Le bassin de Prague-Würtzbourg** (ainsi appelé, puisque le cas a été observé à Prague et que le bassin a été apporté à Würtzbourg par Kiwisch et décrit par lui dans son livre « *Die Geburtskunde, Erlangen*, 1851, 2e Abth., p. 168-170 »). Kilian, ouvr. cité, fig. 1, étudié et fig., par Lambl. *Scanz Beitr.* III, Taf 1, etc.

4. **Bassin de Paderborn,** publié pour la première fois par Kilian, ouv. cité, fig. II, 1854.

5. **Bassin de Munich,** décrit pour la première fois par Breslau, dans *Beitr. de Scanzoni*, II, p. 1-9, avec planches, 1855.

6. **Bassin de Zurich,** 1861, décrit par Breslau dans *M. f. G.*, XVIII, p. 411, av. pl., 1861, et par Billeter, 1862, in *Dissert. inaug.*, avec planches.

7. 1er **Bassin de Halle,** 1863, décrit par Olshausen dans *M. f. G.*, XXIII, p. 255, avec figures.

8. 2e **Bassin de Halle,** 1868, décrit par Blasius, dans *M. f. G.*, XXXI, avec figures.

9. **Bassin de Trèves,** 1869, publié par Ender, dans *M. f. G.*, XXXIII, p. 247, avec figures.

10. **Bassin de Moscou,** publié en 1871 en russe, par Klein, puis par Neugebauer. Fr. Lud, ouv. cité, p. 59, avec figures, 1882.

11. **Bassin de Prague A,** publié en 1874, par Weber Ebenhoff. (*Viertel-jahrschr.*, t. CXX, avec figures, publié en français par Herrgott, *Arch. de gynécologie*, avec figures; étudié de nouveau par Neugebauer, ouvrage cité, p. 70 et suiv., avec figures très bien faites d'après des photographies (Spondylolisthésis avancé).

12. **Bassin de Prague B,** 1874 (Spondylolisth. au début), par Weber Ebenhoff, av. pl., ouv. cité plus haut, par Herrgott, ouv. cité plus haut; soumis à une étude approfondie, par Neugebauer; ouv. cité, p. 53, avec figures nombreuses.

13. **Bassin de Liège,** 1879, publié avec figures par Vanden Bosch, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, t. III, 3e série, 6e livraison, tir. à part.

Nous ne croyons pas devoir mentionner le bassin de la Vénus hottentote de Paris ni le bassin de Bonn, sur lesquels les documents obtenus ne nous ont

pas paru assez précis. M. Neugebauer me mande, dans une lettre datée de Berlin, 24 février 1883, qu'il a trouvé, dans le musée du professeur Virchow, un nouveau bassin spondylolisthésique, dont la description doit paraître dans *A. f. G.*

BASSINS SPONDYLIZÉMATIQUES.

1. **Bassin de Stoltz**, décrit dans la thèse de Didier « *De la cyphose angulaire vertébrale*, etc. », avec figures. Étudié et publié par Herrgott, dans son mémoire sur « *Le Spondylizème comparé à la Spondylolisthésis* ». Paris, *Ann. de gyn.* et *Ann. de tocol.*, 1877, avec figures.

2. **Bassin de Fehling**, décrit dans *Arch. f. Gyn.*, t. IV, p. 1, avec figures, reproduit dans la thèse de Didier et dans le mémoire de M. Herrgott.

3. **Bassin de Belloc**, décrit dans *Transact. med.*, XIII, 285; dans l'ouvrage de Lenoir, Sée et Tarnier, p. 83, et dans la thèse de Didier, p. 27, anal. dans l'ouv. de M. Herrgott, cité, p. 13.

4. **Bassin de Bruxelles**, décrit par Lambl. (*Beitr.*, v. Scanzoni, t. III, p. 61 et suiv.), d'après une communication de Gluge, avec hist. de la malade par Van Huevel.

5. **Bassin d'Olshausen**, présenté à la Société obstétricale de Berlin, le 11 décembre 1860, et décrit dans la *M. f. G.*, t. XVII, p. 255, avec figures.

6. **Bassin de Depaul**, présenté par lui à l'Acad. de méd., le 23 janvier 1877. Voy. *Bulletin*, p. 107, reproduit avec figures dans le mémoire de M. Herrgott.

7. **Bassin de Copenhague**, décrit comme spondylolisthésique par M. Howitz, dans un journal danois, en 1865. Mémoire traduit en français, publié par M. Herrgott, avec figures dans *Arch. de tocol.*, 1877, p. 577.

Au commencement de cette année, nous avons écrit à notre laborieux confrère Neugebauer pour lui demander si dans les musées il n'avait pas aussi trouvé des bassins spondylizématiques; il nous a répondu de Berlin, le 17 avril 1883, qu'il en avait vu plusieurs, que selon lui le spondylizème n'est pas aussi rare qu'on le croit.

Nous n'avons pas cru devoir parler de ces lésions observées sur le vivant dont Neugebauer a rassemblé un certain nombre de cas cliniques, moyennant lesquels il a cherché à étudier, les symptômes caractéristiques de ces lésions.

Nous devons aborder maintenant le sujet le plus difficile, le plus litigieux : la pathogénie de la spondylolisthésis. Il convient de donner d'abord la parole à notre confrère, qui a si sérieusement étudié ce sujet.

---

## ETIOLOGIE DE L'ALTÉRATION PELVIENNE APPELÉE « SPONDYLOLISTHÉSIS ».

Par le Dr Fr. Neugebauer (*Archiv. für Gynaekol.*, t. XX, p. 138).

Après avoir publié l'année dernière, dans une monographie étendue(1), le résultat de mes recherches sur la genèse de la spondylolisthésis, je suis en mesure aujourd'hui d'apporter de nouveaux documents pour éclaircir l'histoire du développement de cette anomalie si difficile à expliquer (ræthselhafte Anomalie), documents basés sur des recherches anatomiques qui sont sinon de nature à décider enfin cette question, du moins à en avancer la solution.

*La lésion appelée spondylolisthésis est une déformation qui se produit dans la vie extra-utérine, sans l'intervention d'une dyscrasie primitive ou d'une affection osseuse de nature inflammatoire* (rachitisme, ostéomalacie, carie, ostéite), *par le poids physiologique du corps, agissant à la faveur de certaines* PRÉDISPOSITIONS (surcharge du corps, surtout par des grossesse répétées, obésité); *son action n'est pas limitée à l'articulation sacro-lombaire de la colonne vertébrale ni liée nécessairement à l'âge ou au sexe du sujet.* Cette difformité causée par le poids du corps est bien plus fréquente qu'on ne l'avait admis jusqu'ici, bien que les causes prédisposantes n'aient pas toujours pour effet de la produire, surtout chez les hommes ; sa production et son développement dépendent du genre de vie des individus, de leurs occupations, de leur âge et du sexe. La spondylolisthésis se produit le plus souvent chez la classe laborieuse dans les trente premières années de la vie, chez des femmes dont les grossesses sont très pesantes. La thérapeutique chirurgicale peut intervenir (diminution de l'action de la pesanteur sur l'articu-

---

(1) Thèse citée.

lation sacro-lombaire, moyennant un corset à tuteur, comme dans les cas de Volkmann Leser), quand la cause efficiente est une fracture, comme c'est le plus souvent le cas d'après mes dernières recherches.

*La lésion essentielle de ce que Kilian a appelé spondylolisthésis consiste en un glissement, non de la 5e vertèbre lombaire en entier, mais de sa moitié antérieure* (corps, racine des arcs vertébraux et apophyses articulaires supérieures), *sur lesquelles repose le poids de la partie antérieure du corps par l'intermédiaire de la 4e vertèbre lombaire; la moitié postérieure de la 5e vertèbre* (apophyse transverse, apophyse articulaire inférieure et apophyse épineuse), *reste en place et ne subit qu'un déplacement partiel, un changement de direction. L'articulation lombo-sacrée reste intacte; ce n'est que dans une période avancée de la maladie que les articulations sacro-lombaires sont influencées par la traction à laquelle elles sont nécessairement soumises, jusqu'au moment où des soudures osseuses réparatrices arrêtent le glissement et qu'il se produit une synostose dans l'articulation sacro-lombaire.*

Le nom de spondylolisthésis n'est donc pas tout à fait exact dans le sens rigoureux du mot, puisque la partie est prise pour le tout; si en l'honneur de Kilian il doit être conservé, ce ne sera qu'avec une légère restriction.

Le poids du corps qui par contiguïté s'exerce par la 4e vertèbre lombaire, par l'intermédiaire de son corps et des ses apophyses articulaires inférieures, sur le corps et les apophyses articulaires supérieures, c'est-à-dire sur la moitié antérieure seulement de la 5e vertèbre lombaire, a une tendance à la pousser en avant et en bas, à produire sur lui un effet de glissement. Les articulations lombo-sacrées y opposent un obstacle invincible, car les surfaces articulaires des apophyses articulaires inférieures de la vertèbre lombaire regardent en avant et en dehors, les surfaces articulaires supérieures de la 1re vertèbre sacrée regardant en arrière et en dedans, les surfaces articulaires des deux os sont comme enchevêtrées; la vertèbre lombaire est fixée d'arrière en avant comme un coin entre les articulations articulaires du sacrum et comme suspendue entre elles. Par ces motifs le glissement de la vertèbre en totalité est impossible sans une luxation des surfaces articulaires du sacrum, par fracture ou carie, ou bien, comme Lambl l'a avancé dans le temps, par une direction devenue parallèle des arcs de la 5e vertèbre, à la suite d'un hydrorachis congénital (spina bifida), une distension augmentée de ces arcs, de façon à leur permettre de glisser entre les apophyses articu-

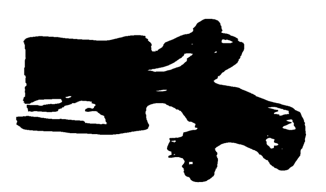
laires du sacrum (luxation par glissement entre les surfaces). Ainsi que nous l'avons déjà dit, dans aucun des bassins appelés spondylolisthésiques *nous n'avons trouvé de trace de disjonction de cette articulaculation lombo-sacrée ni traces du passage* des articulations lombaires entre les articulations sacrées. J'ai ailleurs (l. c., p. 68 et suiv.) émis des doutes sur l'idée émise par Weber-Ebenhoff à l'occasion de la description des deux bassins de Prague sur la luxation de l'articulation de la 5e vertèbre lombaire par-dessus l'articulation sacrée. (Ueberhebelungsluxation.) La luxation par glissement des apophyses lombaires entre l'espace des deux apophyses articulaires sacrées n'avait été admise par Lambl que comme une explication théorique; à notre avis, la situation anormale des surfaces articulaires sacro-lombaires a été sur les deux bassins de Vienne un effet consécutif à l'anomalie (voy. p. 165 et 166) ; quant à ce qui regarde la destruction des apophyses articulaires par la carie qui doit s'être produite dans les cas décrits par Blasius (1) et par Ender (2), il n'est pas fait mention de déplacement de la 5e vertèbre en entier. La carie, quand on la trouve, est plutôt la conséquence que la cause du glissement vertébral (voy. L. C. 113).

Si le contact des éléments articulaires sacro-lombaires persiste dans le bassin spondylolisthésique, la pression de la 4e vertèbre lombaire sur le corps et les apophyses articulaires de la 5e vertèbre se convertissant en une traction sur les apophyses articulaires inférieures, produit un déplacement en avant de la moitié de la 5e vertèbre, et quand la difformité atteint un certain degré d'intensité, elle occasionne un déplacement en bas ; il est de toute évidence que le glissement de la moitié antérieure de la vertèbre ne peut se faire s'il ne se produit pas une élongation de l'arc vertébral au point de réunion de la moitié antérieure avec la moitié postérieure, à la portion dite interarticulaire, au point de rencontre de la force représentée par le poids du corps agissant par la 4e vertèbre de haut en bas et d'arrière en avant, et la résistance représentée par les apophyses articulaires inférieures. *La clef, pour pénétrer dans l'intelligence de l'essence de cette anomalie, se trouve donc, dans tous les cas, dans la nécessité d'une élongation par traction de la 5e vertèbre lombaire dans les deux moitiés interarticulaires*, éventuellement d'un côté seulement, s'il n'y a eu

(1) *M. f. G.*, 31, 243 f.
(2) *M. f. G.*, 33, 247 f. (où l'on ne voit pas la surface postérieure).

[illegible] du corps de la ver- [illegible] Prague-Wurtzbourg.

[illegible] de la per- [illegible] correspond à l'étendue [illegible] suffira de jeter un coup [illegible] et de le comparer à celui [illegible] spondylolisthésique.



[illegible] à considérer son [illegible] articulaire supérieure, la [illegible]

[illegible] l'apophyse articulaire supérieure est [illegible] au-dessus de l'apophyse [illegible] (1), qui a fait l'analyse de



FIGURE 2.

[illegible] à l'axe de la 5e vertèbre ; dans [illegible] spondylolisthésis l'apophyse arti- [illegible] en avant, dans une étendue correspon- [illegible] glissement vertébral, tandis que l'apo- [illegible] restera fixée en arrière.

(1) [illegible] « Über spondylolisthesis ». Separat. Abdruck aus der Bres- [illegible] Zeitschrift, nº 3 et 4, 1882, in-8°.

A l'élongation de l'arc interarticulaire de la 5e vertèbre lombaire correspond naturellement l'élargissement du canal vertébral et

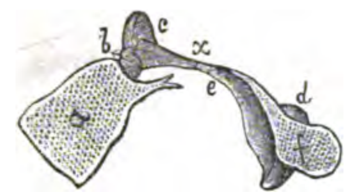



FIGURE 3.




FIGURE 4.

2. *Moitié droite de la 5e vertèbre du grand bassin de Vienne;* c, *apophyse articulaire supérieure;* d, *apophyse articulaire inférieure.*
3. *Moitié droite du bassin de Moscou,* d'après Lambl (représenté plus loin, figure 8, en coupe).
4. *Arc vertébral de la 5e vertèbre lombaire du bassin spondylolisthésique de Paderborn, vu à la face supérieure,* d'après une photographie.

*a*, surfaces articulaires supérieures (antérieures).
*b*, surfaces articulaires inférieures (postérieures).
*f*, apophyse épineuse.
*e e*, corps vertébral.
*s l h*, hiatus sacro-lombaire.
A A, ailerons du sacrum.

l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur de la vertèbre tout entière, que dans le temps Lambl attribuait par erreur à un hydro-

rachis fœtal ; la 5e vertèbre est devenue une vertèbre allongée dolichospondyle.




FIG. 5. — *Vue, d'après une photographie, d'une coupe à travers les articulations intra-articulaires gauches du bassin B de Prague.*

VVI, corps de la 5e vert. lomb.
*a*, apophyse articulaire supérieure. } 5e vert. lomb.
*b*, — — inférieure. }
P*r sp l* V, apophyse épineuse..... » »
*x*, fissure dans la portion interarticulaire.
*d*, apophyse articulaire supérieure de la première vertèbre sacrée.

Dès que la 5e vertèbre lombaire a glissé en avant dans une certaine étendue, elle ne trouve plus une base de sustentation suffisante, la

pesanteur la fait passer de l'état d'inclinaison spondyloklysis de Lambl à l'état de de chute spondyloptosis, c'est-à-dire qu'elle tombe en bas et en avant du sacrum, et l'arc, après avoir subi le maximum



Fig. 6. — *Coupe médiane à travers le même bassin.*

VV*l*, 5e vert. lomb.
*a*, apoph. art. sup.
*b*, — — inf.
V P S, ap. épin. de la 5e vert.
*m v*, fissure dans l'arc.

de distension, se trouve fléchi dans l'axe antéro-postérieur ; et, suivant que le passage de l'inclinaison à la chute est plus long ou plus ou moins rapide, cette modification s'opère avec ou sans fracture de l'arc, à la place où il a subi la flexion. Si la modification est rapide, on trouve un bris de l'os ; si elle a été lente, on n'en trouve pas.

Naguère (*l. c.*, p. 107 et suiv.), me basant uniquement sur le dessin du bassin de Halle donné par Olshausen, j'avais, sans avoir vu la pièce anatomique, dit que dans la portion interarticulaire de l'arc de la 5e vertèbre il devait exister ou avoir existé une solution de continuité, et j'ajoutais (*l. c.*, p. 108) « qu'un nouvel examen ferait découvrir des traces visibles de cette rupture ».




FIG. 7. — *Coupe du bassin de Moscou.*

FIG. 7. — *Vue, du côté droit, d'une coupe médiane à travers le bassin du bassin de Moscou en grandeur naturelle*, d'après un dessin de Lambl; *maximum d'élongation de la portion interarticulaire de la 5e vertèbre lombaire.*

Grâce à la libéralité du professeur Olshausen, qui, sur ma prière, a bien voulu mettre à ma disposition sa riche collection, j'ai eu occasion, cette année, d'examiner minutieusement le bassin de Halle, et, après avoir détaché la 4e vertèbre lombaire de la 5e, après avoir, par conséquent, mis à découvert le corps du délit, l'arc de la 5e vertèbre, j'ai eu la satisfaction de constater non seulement l'élongation déjà

théoriquement établie de la portion interarticulaire, mais l'élargissement, d'arrière en avant, du canal vertébral, ce qui, dans le temps,

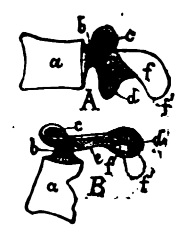



Fig. 8. — *Schéma de l'élongation avec fracture montrant le type de l'élongation et de la flexion de la portion interarticulaire.*

A, 5e vertèbre lombaire normale.

B, schéma d'une coupe à travers le milieu de la 5e vertèbre lombaire du bassin de Paderborn.

avait été nié par d'autres; j'ai aussi trouvé de chaque côté, dans la portion interarticulaire des traces, non douteuses de fracture bilatérale de l'arc vertébral (voy. plus loin, fig. 10).



G. 9. — *Rapports de l'articulation sacro-lombaire dans le bassin de Halle d'Olshausen*, d'après son dessin (*M. f. G.*, XXIII, pl. II, fig. 1).

*a*, corps de la 5e vertèbre lombaire.

*b*, racine de l'arc vertébral.

*c*, articulation supérieure.

*d*, articulation inférieure.

*e*, portion interarticulaire.

*f*, apophyse épineuse.

Le long de la ligne *r e*, trace des ruptures à traver la portion interarticulaire.

On voit la grande élongation d'avant en arrière de la partie inter-articulaire de l'arc vertébral.



Fig. 10. — *Moitié droite du bassin de Prngues A.*

V V *l*, 5e vertèbre lombaire.
*Pr Sp* III IV V, apoph. épin. des III, IV, V vert. lomb.
$o^3$ $o^2$ $o^4$, trous intervertébraux.

A la racine de l'apophyse articulaire supérieure gauche, l'arc est divisé dans toute son étendue par une trace sensible de fracture qui au coté externe, se révèle distinctement par une ligne dentelée, et qui se laisse poursuivre sur la face intérieure de l'arc vertébral. La fente de la fracture est remplie par un cal maigre de nature spongieuse avec de nombreux pores dits ouvertures vasculaires. Sur le côté droit de l'arc, les traces de la fracture sont bien visibles; seulement ici elle est couverte par des masses de substance du cal végétantes, des ostéophytes en forme de pont, un produit qui révèle un état d'irritation permanente pendant la période de la guérison de la fracture.

(MM. Olshausen, Crede, Winckel, Fritsch, Ponfick, Lambl, Strasser et autres ont constaté ces faits.) A coté d'eux, on a noté, sur la portion interarticulaire et les surfaces osseuses des apophyses transverses, un état rugueux, inégal, bosselé, avec ossifications partielles du ligament jaune dans la direction de la 4e vertèbre lombaire. Aussi sur cette préparation voit-on distinctement le glissement l'un à coté de l'autre, dans le sens de la longueur, des fragments, suivant la ligne de la fracture *r s* dans la fig. 9. La fente qui, dans la

fig. 10, traverse l'apophyse transverse d'avant en arrière, est parallèle au trait de scie d'avant en arrière à travers l'arc et l'apophyse épineuse, primitivement intacte.

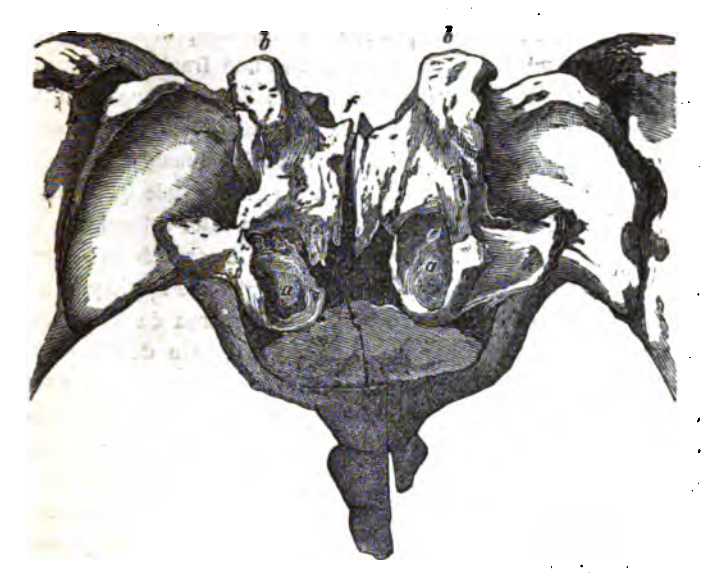


Fig. 11. — 5e *vertèbre lombaire du bassin de Halle* (Olshausen), *vue haut* d'après une photographie.

*a a*, apophyses articulaires supérieures (antérieures).
*b*, apophyses articulaires inférieures (postérieures).
*c*, portion interarticulaire.
*f*, racine de l'apophyse épineuse.

Il ne faut pas oublier qu'un trait de scie a divisé tout le bassin, par conséquent cette vertèbre.

C'est ainsi qu'un nouvel examen du bassin de Prague A aura probablement pour résultat de trouver, à la même place correspondante, une fracture secondaire de l'arc vertébral au point de flexion, suivant une ligne qui s'étend du trou intervertébral situé entre la 4e et la 5e vertèbre au trou intervertébral entre la 5e vestèbre lombaire et le sacrum. Malheureusement, il est impossible de détacher la 4e vertèbre lombaire de la 5e, à cause des nombreuses *soudures osseuses* qui les fixent l'une à l'autre.

Si la transition de l'inclinaison à la chute d'une vertèbre se fait

d'une manière insensible, une fracture de l'arc infléchi peut ne pas se produire, comme le démontre un coup d'œil jeté sur la 5e vertèbre du bassin de Paderborn (voy. fig. 8, B). L'arc montre l'élongation et la flexion de la portion interarticulaire signalée dans le temps par Lambl, mais on n'y trouve pas trace de fracture, ni ostéophytes, ni substance du cal, etc. L'arc droit montre une fracture qui le sépare en deux fragments qui doit être due sans doute à une main maladroite qui aura cherché à séparer la 5e vertèbre lombaire du sacrum, malgré les synostoses qui unissent ces os d'une manière si évidente.

Pour la formation de la flexion de l'arc et du coude qu'il forme suivant l'axe antéro-postérieur dans la portion inter-articulaire, il faut considérer dans quelle mesure et comment le corps de la 1re vertèbre sacrée subit une rétropression parallèle contre ses apophyses articulaires pendant la progression en avant du corps de la 5e vertèbre lombaire. Tandis que, par exemple, sur le bassin de Prague A, le bassin de Halle, celui de Paderborn et d'autres, la rétropression du corps de la 1re vertèbre sacrée a eu pour effet un rétrécissement du canal vertébral à cette place, on voit sur le grand bassin de Vienne (1) que ce rétrécissement n'a pas été produit par la compression d'avant en arrière de la 1re vertèbre sacrée; particularité intéressante qui différencie notablement ce bassin des autres, et qui fait penser que sur ce bassin le travail morbide de glissement, qui n'en est qu'à son début, s'est produit dans un âge déjà avancé, alors que la consolidation du squelette avait déjà été plus ou moins terminée.

Avec cette *élongation* et cette *flexion*, l'arc de la 5e vertèbre subit encore une *compression verticale* à un haut degré, que ses rapports expliquent facilement ; il en résulte que ses apophyses sont couchées à plat, plus basses, et paraissent aplaties. Dans les cas où la maladie a atteint son plus haut degré d'intensité, à la suite du glissement, la moitié antérieure est secondairement, mécaniquement allongée, courbée (fléchie) et aplatie. La vertèbre est *dolicho-kyrto-platique* pour résumer sa difformation en un mot (δόλιχος, long; κυρτός, courbe; πλάτος, large (voy. fig. 3).

*Toutes les recherches sur l'étiologie de l'affection appelée spondylolisthésis doivent se concentrer sur la réponse à faire à cette question : Quelle est la cause première de l'élongation de la portion interarticulaire de la 5e vertèbre lombaire?*

---

(1) Voy. Chiari, ouv. cit., fig. 2, vis-à-vis la lettre K.

Nous constatons d'abord que *cette élongation est une lésion causée par le poids du corps, sans exception dans la vie extra-utérine, qu'elle ne peut en aucune façon être attribuée à un hydrorachis*, sans quoi la maladie devrait se présenter comme congénitale et terminée, ce qui notoirement n'a pas eu lieu; cette élongation congénitale n'a jamais été observée, et dans la vie intra-utérine manquent les conditions de sa production.

Nous nions que l'hydrorachis fœtal puisse avoir une influence éloignée sur une extensibilité ou une ossification défectueuses de la portion interarticulaire de la 5e vertèbre lombaire, et nous ne croyons à aucune relation étiologique entre l'hydrorachis fœtal et le spondylolisthésis.

Dans le temps, Lambl avait appuyé sa théorie de l'hydrorachis sur les données anatomiques suivantes :

1. *Allongement et atrophie de la* 5e *vertèbre lombaire, élargissement antéro-postérieur de son canal vertébral.*

Nous avons rapporté la forme caractéristique de la vertèbre lésée et sa structure — dolycho-kyrto-platy-spondylie — à un effet nécessaire de l'action de la pesanteur, et nous pouvons, avec des pièces anatomiques en mains, en suivre progressivement la formation typique depuis l'état normal jusqu'à l'état le plus avancé de la lésion. (Neugebauer, *l. c.*, 167.)

2. *Existence de vertèbres surnuméraires dans les bassins de Prague-Würtzbourg, Munich, Moscou et peut-être de Paderborn.*

Relativement à la question des vertèbres surnuméraires, je me suis vu obligé, dans le travail plusieurs fois cité (*l. c.*, p. 188), de nier toute relation de cause à effet entre l'arc vertébral surnuméraire de Lambl et spondylolisthésis; toutefois, n'ayant pas encore eu, à cette époque, l'occasion de voir les pièces anatomiques, j'avais dû me baser sur les assertions de Kœnigstein (v. N., p. 121) pour admettre la possibilité de cette intercalation pour les bassins de Prague-Wurtzbourg et de Munich. Mais aujourd'hui, m'appuyant sur des observations personnelles, je suis dans la nécessité de nier l'existence de ces arcs surnuméraires sur ces bassins, comme je l'ai déjà fait pour les bassins de Moscou et de Paderborn. J'ai prouvé (1) que

(1) Neugebauer. *A. f. G.*, XIX, 470, fig. 22.

sur le bassin Prague-Wurtzbourg la duplicité apparente de l'apophyse transverse et articulaire supérieure gauche de la 5e vertèbre est la conséquence d'une division congénitale, et qu'il ne peut pas être question ici de vertèbre surnuméraire. Une préparation incomplète de la pièce devait laisser cachée pour Lambl cette particularité.

La fente ne divise pas, ici comme dans la plupart des divisions vertébrales, la portion ou interarticulaire de l'arc, mais l'articulation supérieure et l'apophyse transverse, ce qui donne une forme qui a été rarement observée jusqu'ici. A côté de ce cas, j'en connais encore quelques autres analogues : un que j'ai vu chez le prof. Gruber au musée de Saint-Pétersbourg et un autre de Lambl, qui est au musée d'anatomie pathologique d'Édimbourg. La fente divise la racine de la branche gauche et l'apophyse articulaire par une ligne transversale; cette dernière forme deux branches intimement posées l'une sur l'autre.

La signification donnée par Lambl au bassin de Munich est donc erronée; la macération a été insuffisante. Il n'existe là aucune vertèbre surnuméraire; par contre, j'ai trouvé la démonstration qu'il y a eu là une fracture, qui, à gauche, intéresse la portion interarticulaire de l'arc, à droite l'articulation supérieure, l'apophyse transverse, la racine de l'arc, avec une dislocation olisthésique du fragment antérieur. Les rapports dans cette pièce sont si compliqués par les résultats de processus inflammatoire chronique, des productions nouvelles d'ostéophytes, d'ossifications de ligaments, d'ostéoporose et de synarthroses étendues entre les arcs des 4e et 5e vertèbres, et les apophyses articulaires lombo-sacrées, qu'une description nouvelle et minutieuse serait inintelligible sans dessin; je suis donc obligé de renvoyer à l'examen de la pièce pour la démonstration de ma manière de voir.

Si on examine la racine droite de l'arc vertébral de la 5e vertèbre du côté du canal vertébral, on voit de suite que l'arc se compose de deux fragments séparés l'un de l'autre par une traction, à la suite de la dislocation du fragment supérieur. Le fragment supérieur de la racine de l'arc vertébral est resté adhérent au corps vertébral, le fragment inférieur séparé de lui, fait librement saillie dans le trou intervertébral, le corps de la première vertèbre sacrée est très rapproché de lui par suite de la pression en arrière de l'apophyse transverse de la 5e vertèbre lombaire et réuni à lui sur deux points par des ostéophytes. Sur la moitié gauche on voit distinctement l'élon-

gation de la portion interarticulaire, des traces de fracture et de cal difforme, etc.

La portion interarticulaire est ici presque perpendiculaire, couverte d'éléments osseux de nouvelle formation, de masses ligamenteuses en partie ossifiées parcourues de nombreux pertuis vasculaires. Toutefois on voit distinctement une moitié antérieure et une moitié postérieure de l'arc vertébral, réunies entre elles dans le lieu de la fracture par des ponts osseux de nouvelle formation (cal difforme). Ce qui se remarque essentiellement au côté externe de la 5e vertèbre, la situation basse de l'apophyse transverse, par rapport au corps vertébral, etc., trouve son explication dans la dislocation par glissement (olisthetische dislocation) du fragment antérieur par rapport à l'apophyse tranverse, et dans l'inclinaison à gauche, la torsion à droite de la colonne vertébrale, produite par un développement plus grand du glissement du côté gauche.

Je crois avoir démontré dans mon travail (p. 185) que dans le bassin de Moscou, il n'y a point de vertèbre surnuméraire. M. le prof. Gugenberger, qui sur ma demande a bien voulu le soumettre à un nouvel examen, s'est rangé à mon opinion dans une lettre que j'ai reçue de lui. Il ne peut également pas être question de vertèbre surnuméraire pour le bassin de Paderborn.

Nous n'accordons plus à la théorie de la vertèbre surnuméraire de Lambl qu'un intérêt historique, nous concéderons très volontiers qu'elle a pu avoir eu en partie sa justification dans une macération incomplète des pièces.

3° *La forme asymétrique de l'hiatus lombo-sacré et le spina bifida de la 5e vertèbre lombaire et de la paroi postérieure du canal sacré et les défauts d'ossifications à l'arc de la 5e vertèbre lombaire.*

A notre avis il n'y a aucune connexion étiologique entre les anomalies d'ossification observées sur quelques bassins spondylolisthésiques et un hydrorachis fœtal, et si on a découvert quelques traces de cette lésion sur un bassin, elles ont tout au plus le caractère d'une simple coïncidence, comme nous l'avons amplement démontré (voy. l. c., p. 170 et suivantes).

J'ai examiné sur quelques centaines de sacrum d'adultes le mode de fermeture de la paroi postérieure du canal sacré, et j'ai pu me convaincre que la moitié des pièces à peine montrait une clôture osseuse complète. Tantôt, on trouve sur les os macérés une large fente dans le premier et le second arc vertébral, tantôt, on voit un élargissement insolite de l'hiatus sacré. Très souvent,

on trouve le canal sacré fendu dans toute sa longueur (cette forme a été regardée à tort comme résultant d'une fente vertébrale, car les arcs ne sont pas renversés en dehors et leurs noyaux d'ossification manquent); souvent, la fente est

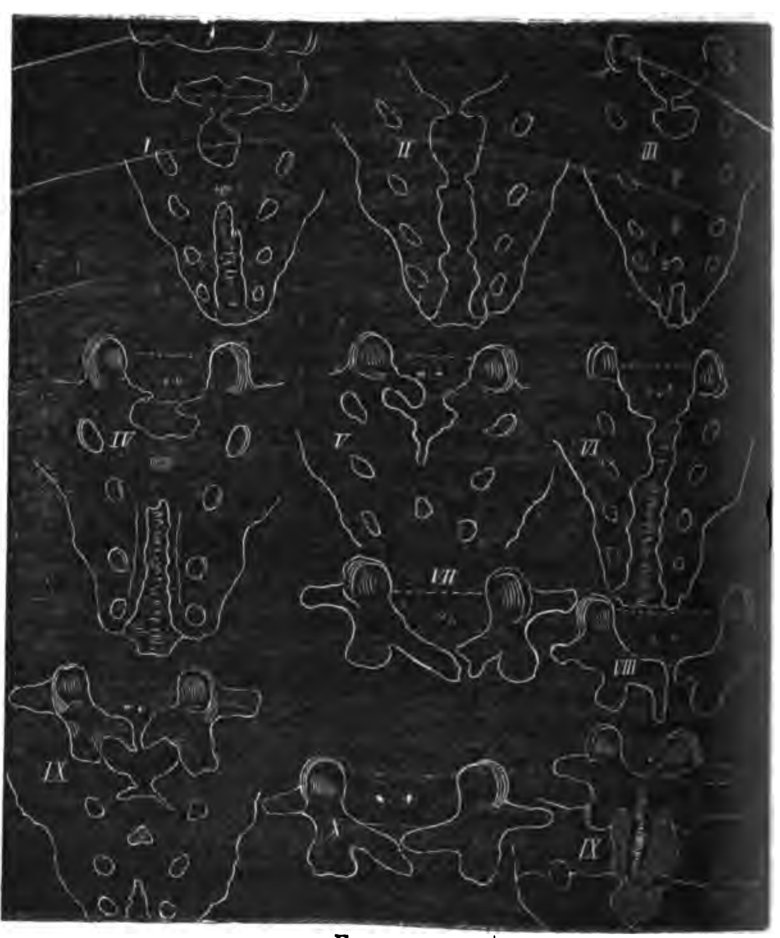



FIGURE 12.

fermée par places par un arc complet; la forme de l'hiatus lombo-sacré et de l'hiatus sacré (on en trouve souvent un, entre la 2e et la 3e, entre la 3e et la 4e vertèbre sacrée complètement fermée), le mode suivant lequel est fermé le canal sacré varie beaucoup à l'état physiologique. En tout cas, les nouvelles recherches que nous avons entreprises sur la genèse du spina bifida, l'hydrorhachis

et le développement de la colonne vertébrale nous ont conduit à admettre que ces anomalies dans l'ossification sont des variétés d'un état physiologique, des arrêts de développement complètement indépendants de toute hydropisie fœtale de la moelle ou de ses enveloppes, et qui ne se constituent souvent que dans la vie extra-utérine. Un coup d'œil sur les noyaux osseux dans le squelette fœtal où une série de squelettes de nouveau-nés jusqu'aux squelettes d'adultes nous montre que, dans la majorité des cas, il y a fermeture incomplète de la paroi postérieure du canal vertébral, et que là où les apophyses épineuses sont incomplètement développées ou manquent, où une fente les contourne sans symétrie pour former un hiatus lombo-sacré irrégulier, etc., on ne peut être conduit à admettre là une lésion primitive, mais une anomalie ou un arrêt de développement; une revue de ces défectuosités sur des préparations [illegible] d'adultes montre que ces lacunes, visibles sur les os macérés, avaient été, pendant la vie, fermées par de solides masses ligamenteuses et que dans ces cas il n'y a eu que des défauts d'ossification ou des ossifications tardives, incomplètes à droite et à gauche, de noyaux cartilagineux normalement formées.

Ce n'est pas ici le lieu de traiter à fond cette question, je renvoie au travail [illegible] (p. 170 et suiv.) ou aux manuels qui traitent du développement des parties [illegible] ou à l'examen des collections dans les musées.

J'ai trouvé de nombreux spécimens dans les collections de MM. Ponfick, [illegible], celle de Klebs autrefois, celle de Neureutter, à Prague; celles de Scan[illegible], Rindfleisch, Olshausen, Balandin et Gruber.

Dans la figure 12, j'ai réuni quelques-unes des nombreuses variantes que j'ai [illegible], dont j'ai donné une esquisse d'après nature.

L'explication est superflue.

Les figures 7, 8 et 10 montrent la 5e vertèbre lombaire de quelques prépa[illegible] vue par derrière. Les autres figures montrent la surface postérieure du [illegible] avec ou sans la 5e vertèbre lombaire.

[illegible] n° 9, qui représente une préparation de la collection de Dorpat, os sacrum [illegible], est particulièrement intéressant. Le noyau d'ossification de l'apophyse [illegible] de la première vertèbre sacrée semble être confondu en une seule [illegible] avec l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire; l'allongement de cette épine qui en résulte lui a donné une direction verticale qui a pour effet de fermer la fente de l'arc de la première vertèbre sacrée; un hiatus anormal s'étend jusqu'au troisième trou inter-vertébral.

Dans le temps, Lambl a appelé l'attention sur la forme de l'hiatus lombo-sacré dans les bassins de Paderborn, de Prague-Wurtzbourg, plus tard sur la fente totale du sacrum sur le bassin d'Olshausen-Halle. Sur celui-ci je n'ai trouvé absolument rien qui pourrait faire admettre l'existence d'un hydrorachis fœtal. On reconnaît encore aujourd'hui, sur cette pièce sèche et macérée, que la fente sacrée a dû

avoir été fermée pendant la vie, par une membrane solide, on voit de chaque côté, sur les bords de la fente, que la membrane qui la fermait a dû avoir été violemment arrachée, car on trouve encore sur les bords de l'os des fragments, qui en s'amincissant vont se continuer dans la paroi postérieure du canal sacré. (Dans le spina bifida, les bords de l'ouverture sont régulièrement arrondis, lisses et même renversés en dehors.)

Je laisse à d'autres le soin d'appuyer ces données par le microscope, qui constatera un arrêt très précoce, dans quelques cas, la permanence de l'état cartilagineux. Pour le bassin de Paderborn, Lambl (1) à représenté de chaque côté des contours asymétriques de l'hiatus lombo-sacré et, en outre, une fente de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire avec une divergence particulière de ses branches. Je me suis assuré que ce dessin est inexact; la défectuosité résulte de l'adaption inexacte des deux moitiés de la préparation.

L'apophyse épineuse de la 5e vertèbre ne présentait sûrement pendant la vie aucune fente (voy. fig. 11); aujourd'hui encore les deux branches séparées par un trait de scie correspondent exactement l'une avec l'autre; j'ai eu naguère l'occasion d'en convaincre M. le prof. Lambl.

Ici aussi on voit distinctement les traces d'une occlusion membraneuse pendant la vie de cet hiatus lombo-sacré irrégulier dans ses contours. On distingue un sillon rugueux le long des bords osseux à gauche et en haut, d'où la membrane (cartilagineuse) d'occlusion à été arrachée, et on trouve encore plus nettement ce sillon au bord interne droit de l'arc de la 5e vertèbre au-dessus de l'épine. On est obligé d'admettre qu'Il y a eu une anomalie dans le travail de l'ossification, qu'il y a là un hiatus lombo-sacré asymétrique dans sa limite de chaque côte, une forme anormale de l'épine de la 5e vertèbre lombaire, mais nous ne pouvons voir là les traces d'une hydropisie vertébrale fœtale, qui se montre quelquefois cependant accompagnée de ces anomalies, mais qui n'a ici aucune connexion étiologique avec elle.

Dans le bassin de Halle, l'épine de la 5e vertèbre lombaire n'est pas divisée comme Olshausen l'a déjà fait remarquer; il en est ainsi chez tous les bassins spondylolisthésiques que j'ai eu occasion d'examiner jusqu'ici.

Ce n'est que sur quelques-uns de ces bassins que l'hiatus lombo-

---

(1) Scanzoni. *Beitr.* III, Faf. VII, fig. A.

sacré est difforme; chez les autres, il est complètement normal, notamment sur le bassin de Strasser-Breslau où la paroi postérieure du canal sacré et tout le sacrum, ainsi que la 5e vertèbre lombaire, sont à l'état normal :

Au reste M. le prof. Lambl, auquel j'ai soumis il y a peu de temps à Varsovie quelques pièces, parmi lesquelles les bassins de Paderbarn, de Halle et de Breslau, et exposé ma manière de voir, a, si je l'ai bien compris, complètement abandonné sa théorie de l'hydrorachis comme genèse de la spondylolisthésis, il ne maintient la préexistence de cette lésion que pour le grand bassin de Vienne, tout en ne trouvant plus là qu'une coïncidence de ces deux lésions. Comme je n'avais pas à cette époque pu avoir l'occasion de voir cette pièce, je ne pouvais porter un jugement; toutefois je présume qu'il doit y avoir là une erreur d'appréciation.

## CONCLUSIONS.

**Comme on ne peut songer à un agrandissement spontané de la portion interarticulaire de la 5e vertèbre lombaire, qu'une extension anormale ne survient pas à la suite d'un hydrorhachis fœtal, qu'on ne peut également** ***pas admettre un ramollissement osseux local primitif*** **de la portion interarticulaire, causé par rachitisme, ostéomalacie tuberculeuse ou un état inflammatoire, puisque** ***rien ne prouve l'existence de ces altérations*****, nous sommes nécessairement forcé de chercher la cause de cette élongation ou bien dans une solution de continuité de la portion interarticulaire de la 5e vertèbre lombaire (solution de continuité congénitale, fracture avec ou sans formation consécutive d'un cal plastique extensible), ou bien de rechercher les conditions mécaniques qui sont aptes à transformer en dolicho-kyrtoplaty-spondyle la 5e vertèbre lombaire normale, dont la portion interarticulaire serait douée d'une résistance normale. (Fracture des apophyses articulaires supérieures de la première vertèbre sacrée.)**

---

Les recherches sur l'étiologie de l'affection appelée spondylolisthésis doivent, dit Neugebauer, se concentrer sur la réponse à faire à cette question : Quelle est la cause première

de l'élongation de la portion interarticulaire de la 5e vertèbre lombaire?

Il y a ici, comme dans toutes les affections morbides, des conditions spéciales qu'on pourrait appeler prédisposantes et des causes mettant en action ces conditions prédisposantes. Qui les a mieux étudiées que notre laborieux confrère, quand il a démontré l'action des vertèbres les unes sur les autres pour se maintenir et se transmettre de la première jusqu'à la dernière le poids du corps, dans une direction bien déterminée ! C'est là une condition anatomique spéciale *qui pourra permettre* au poids du corps de produire la dislocation étudiée; mais pour cela que faut-il? Il faut évidemment que la vertèbre perde sa résistance normale. La question a été serrée de si près qu'on ne peut plus admettre que deux causes qui puissent produire cet effet; il faut que l'arc qui supporte les articulations soit *brisé* ou *ramolli :* brisé par une action traumatique énergique qui produirait immédiatement le déplacement, ou ramolli par un travail pathologique. Nous voyons dans les pièces qui ont été si bien étudiées, que l'arc se déforme d'abord, s'allonge, puis, qand la distension a été considérable, il se brise; nous trouvons, dans un très grand nombre de cas, sur la vertèbre et le voisinage, des traces d'inflammation osseuse et manifeste : ostéophytes, raréfaction osseuse, disparition de portion osseuse, etc., tout ce qui prouve qu'un travail inflammatoire chronique a accompagné l'évolution de cette lésion.

Le compatriote de Lambl a dissipé complètement, comme nous l'avons vu, les hypothèses par lesquelles le professeur de Varsovie avait cherché à expliquer cette lésion singulière.

Résumant ce qui se trouve dans le plus grand nombre des faits si laborieusement colligés et interrogés avec tant de soins, nous trouvons dans les antécédents de 23 malades, du résumé statistique à la fin du mémoire, 17 fois une action traumatique bien constatée, 9 fois une chute, 1 fois une chute douteuse, des douleurs lombaires, un accident de voiture, des

accroissements subits du poids du corps avec des grossesses pénibles, travaux rudes, soulevements de fardeaux, etc., toutes actions traumatiques dont le maximum d'effet devait retentir dans la région lombo-sacrée.

N'est-ce pas là la cause la plus fréquente des inflammations osseuses chroniques dont le développement peut avoir été favorisé par une constitution débile ou débilitée ? Une fois admis l'état inflammatoire, suite du traumatisme, le processus devient clair : l'os perd sa résistance, il s'allonge sous l'influence des conditions dans lesquelles il se trouve, et quand un effort plus considérable, ou la marche de la maladie plus avancée arrive à un certain degré, le corps vertébral glisse et tombe, et à ce moment, et peut-être déjà avant, l'arc se morcelle et la lésion est établie.

La déformation de l'os, telle que nous la voyons, ne peut se produire que si l'os a perdu sa résistance sous l'influence de l'inflammation chronique, car alors seulement il peut s'allonger, s'aplatir et subir, sous l'influence de conditions statiques nouvelles, les transformations si bien étudiées dans leur évolution ; en un mot, comme origine de la lésion, nous voyons un traumatisme qui ne brise pas l'os, la lésion serait autre, mais qui l'enflamme, le ramollit et permet toute cette métamorphose.

L'inflammation, dont nous voyons les effets immédiats et lointains, nous en constatons les traces indélébiles dans le voisinage du foyer primitif, c'est le satellite de ce processus morbide, si ce n'en est pas la cause essentielle.

Nous n'étions donc pas si éloigné de la vérité quand nous disions qu'une maladie identique, de nature inflammatoire chronique (nous disions carie, ce qui est incontestable pour le corps de la vertèbre, peut être moins exact pour l'arc) attaquant deux parties différentes de la vertèbre pouvait entraîner deux déformations pelviennes essentiellement différentes.

Le mécanisme du spondylizème est si simple que nous sommes étonné qu'il n'ait pas été décrit plutôt comme lésion spéciale ; loin d'être contesté, il est généralement admis. Quant

à la spondylolisthésis, la chose est incontestablement plus compliquée et plus difficile à expliquer. Si le problème n'est pas entièrement résolu, la solution n'en est plus bien éloignée. Nous regrettons vivement de ne pouvoir admettre complètement la conclusion finale de Neugebauer; elle est formulée ainsi : « La spondylolisthésis est une difformité chirurgicale « qui quelquefois a pour cause une anomalie d'ossification « d'un arc vertébral, mais qui plus souvent est causée par un « traumatisme. »

Suit le tableau étiologique que nous avons résumé plus haut. Cette explication nous paraît moins satisfaisante que celle que nous avons donnée, car elle n'attribue pas au travail inflammatoire le rôle important qui nous paraît lui appartenir. Si le traumatisme était la cause efficiente, la difformité le suivrait immédiatement, ce qui n'est pas; un temps plus ou moins long, le plus souvent très long, des mois, des années s'écoulent avant que la difformité ne se produise, elle n'arrive que quand l'inflammation a accompli son œuvre modificatrice de la consistance de la vertèbre, quand celle-ci ne lui permet plus de maintenir la continuité de la colonne.

Quoi qu'il en soit de ces vues divergentes, nous nous félicitons d'avoir été la cause occasionnelle de travaux aussi considérables, aussi sérieux que ceux du Dr Fr. L. Neugebauer, qui a suivi pas à pas le phénomène pathologique et en a admirablement décrit les variétés, constatations qui sont des documents précieux pour celui qui voudra l'étudier; le nom de l'auteur y restera très honorablement attaché.

# DE L'ANUS CONTRE NATURE ILÉO-VAGINAL
## ET DES FISTULES INTESTINO-UTÉRINES (1).

Par le Dr L. H. Petit,
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

(SUITE) (2).

Il y a dans ces réflexions plusieurs erreurs. Nous avons montré que le fait de Demarquay (obs. VI) était un cas d'anus iléo-vaginal et non de fistule utéro-intestinale; quand à celui d'Ashwell (obs. XXV) il n'était pas de cause puerpérale, ainsi que le disent Skinner et Ellis, mais il était survenu chez une jeune fille, à la suite d'une affection assez obscure du petit bassin. Ashwell pense qu'il s'agit d'un abcès de l'utérus qui s'est ouvert à la fois dans cet organe et dans l'intestin; mais rien ne le prouve sans conteste. Il ne put examiner qu'une seule fois l'utérus par le vagin, et comme l'examen fut fort douloureux, il est à supposer qu'il fut incomplet. Néanmoins, comme le rectum était sain et que les matières rejetées par le vagin étaient toujours liquides, on peut croire que la fistule siégeait sur l'intestin grêle. L'absence d'autopsie ne permet de faire que des conjectures sur la nature exacte de la communication génito-intestinale dans ce cas.

Le fait suivant nous paraît être, au contraire, comme l'observation XXX, un exemple probant de pelvi-péritonite non puerpérale, terminée par un abcès s'ouvrant à la fois dans l'intestin grêle et l'utérus, produisant ainsi une fistule entéro-utérine qui a guéri spontanément. Mais le diagnostic exact ne put être fait qu'après la guérison.

(1) Mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix Huguier, 1881).

(2) Voir *Annales de gynécologie*, numéros de décembre 1882, de janvier, février et avril 1883.

### Observation XXXI.

*Péritonite en voie de guérison; chute d'un lieu élevé; retour de la péritonite; fistule entéro-utérine; guérison* (1).

Ida K..., âgée de 12 ans, non menstruée, fut prise de péritonite le 15 décembre 1879. Sa santé générale avait toujours été bonne, sauf qu'au printemps dernier elle avait été atteinte de pneumonie double, dont elle avait guéri au bout de quatre semaines. La péritonite fut de forme bénigne, et je n'ai rien à en dire, sauf que la malade fut prise le deuxième jour d'une constipation qui céda à un lavement d'eau de savon. Lors de ma dernière visite, le 13 décembre, son état s'améliorait rapidement.

Le 27 elle était assez bien guérie pour pouvoir aller de sa chambre à la cuisine.

Le 29 au soir, pendant que sa mère était absente, elle monte à une échelle qui conduit au grenier pour y prendre des noisettes; malheureusement l'échelle glissa et la jeune fille tomba sur le parquet de la cuisine d'une hauteur d'environ dix pieds. Elle perdit connaissance et, lorsqu'elle revint à elle, se plaignit seulement de mal à la tête. Mais dans la nuit suivante, elle commença à accuser, dans la région hypogastrique, une douleur qui devint si intense vers le matin, que le père m'envoya chercher.

Le 30, à mon arrivée, un peu de mal de tête, des nausées, et douleur légère à la région hypogastrique. Pas de selle depuis la veille. Pouls à 80, température normale; un lavement provoque une selle; les nausées sont apaisées par un sinapisme.

Le lendemain tout allait bien. On ne fit rien de plus.

Le 9 janvier 1880 la malade allait très bien, mais ressentait encore une légère douleur dans la région hypogastrique.

Le 12, la douleur persiste encore un peu, mais la malade peut se lever et marcher.

Le 19, plus de douleur, bonne santé. La malade sort.

Le 21, je trouve la malade en bon état. Bon appétit, selles régulières, exercice quotidien au dehors. Plus de douleurs à la région hypogastrique, mais un peu de *mal au dos* depuis le matin. La mère

(1) A.-T. Kinbeck, d'Holstein (Missouri). *Saint-Louis Courrier of medicine* août 1880, t. IV, p. 122.

ayant vu quelques taches de sang sur la chemise de sa fille, pense que la menstruation s'est établie. Environ une heure après ma visite, il se fit par le vagin un écoulement subit de fèces, de sang et de pus. Je revis la malade peu après ; elle était dans la prostration ; je vis très peu de pus, quelques caillots de sang, des fèces dures et une grande quantité de liquide aqueux d'une couleur jaunâtre particulière et d'une odeur de levûre. Je dus m'abstenir d'un examen plus minutieux à cause de la faiblesse de la malade et aussi parce que je n'avais pas d'instrument sur moi.

Le 22. La malade est à peu près dans le même état qu'hier. J'ordonnai des injections antiseptiques et je remis l'examen à plus tard. Pas d'écoulement de pus ni de sang ; mais celui des fèces et du liquide jaunâtre continue avec la même odeur.

Le 23. L'écoulement de fèces dures par le vagin diminue un peu ; le liquide jaunâtre continue ; ni pus ni sang. La malade se sent un peu plus forte et consent à l'examen, qui fut fait sans résultat positif. On ne peut trouver d'ouverture dans la paroi vaginale. L'utérus était à sa place. A cause de l'extrême étroitesse des parties, il était très difficile de faire un diagnostic exact.

Le 24. Même état, pouls 82, température normale ; l'écoulement vaginal a un peu diminué pendant les dernières vingt-quatre heures. J'ordonne une pilule tonique trois fois par jour et un régime lacté et farineux.

Le 27. L'écoulement vaginal continue ; il est sorti très peu de matières fécales dures depuis vingt-quatre heures. Les pilules prescrites le 24 sont passées inaltérées par le vagin. J'examine la malade, mais, comme la première fois, à cause de l'étroitesse extrême des parties, je ne puis découvrir exactement le siège de la lésion. Mais d'après la nature de l'écoulement vaginal et son odeur aigre particulière, et la présence dans le vagin des pilules sans aucune trace de dissolution, on ne pouvait douter de l'existence d'une communication avec l'intestin grêle. On cesse les pilules. On continue le même régime et les injections antiseptiques.

Le 28. La malade va mieux ; elle est assise dans un fauteuil à bascule ; l'écoulement vaginal est moindre.

Le 5 février. La santé s'est améliorée rapidement ; l'écoulement vaginal est moindre ; il n'est pas passé de fèces dures par le vagin depuis cinq ou six jours ; il s'écoule seulement un peu de liquide jaunâtre.

Le 11. Selles régulières et cessation de l'écoulement vaginal depuis le 6. Continuer le régime et les injections.

Le 13. Un peu de matière fécale, semi-fluide, bien moulée, est sortie du vagin avec quelques très petits caillots de sang et environ une cuillerée à thé de pus. L'amélioration continue d'ailleurs.

Le 18. L'écoulement vaginal est complètement arrêté ; selles régulières ; température et pouls normaux ; la santé s'améliore. On continue le régime et les injections.

Le 23. Il sort du vagin un petit caillot de sang et du pus ; pas d'écoulement vaginal depuis le 18. Amélioration de la santé.

Le 27. Encore un peu d'écoulement vaginal jaunâtre aujourd'hui ; en outre, deux selles dures par les voies naturelles ; bon appétit ; la malade se promène dehors.

Comme la santé générale était assez bien rétablie pour que la malade pût être conduite à Saint-Louis, je proposai au père de l'y mener et de consulter le Dr Hodgen. Ceci fut accepté ; la malade partit pour Saint-Louis le 1er mars et en revint le 5. Le Dr Hodgen, après l'avoir examinée, fut d'avis qu'il existait une communication entre l'intestin grêle (probablement le jéjunum) et l'utérus.

Une sonde fut introduite dans la cavité de ce dernier, et à 2 pouces et demi ne rencontra pas d'obstacle. Au moyen d'un spéculum uréthral, il put voir le col qui était volumineux et béant, mais il ne put trouver d'ouverture anormale dans le vagin.

Depuis que la malade est revenue de Saint-Louis, l'écoulement par le vagin a entièrement cessé. Le régime et les injections furent continués pendant environ six semaines ; la malade jouit maintenant d'une bonne santé, et elle est aussi robuste qu'auparavant. Actuellement, 22 juin 1880, on peut avec certitude la considérer comme guérie.

Si, dans le cas suivant, la malade de Maslieurat-Lagemard a été atteinte d'écoulement fécal par le vagin pendant la vie, il est douteux que le diagnostic exact de l'affection ait été fait, puisqu'il s'agissait d'une communication de la trompe utérine avec le côlon.

### Observation XXXII.

*Perforation du gros intestin à l'extrémité de l'S iliaque du côlon; accolemen de la trompe de Fallope sur cette ouverture, et, par ce conduit, passage des matières fécales dans la cavité utérine et le vagin* (1).

Le sujet de ce travail est, je crois, nouveau dans la science. Toutes les recherches auxquelles je me suis livré pour trouver des cas semblables ont du moins été infructueuses, d'où je dois conclure que ces exemples sont fort rares, si même il en existe.

Avant de rapporter le fait, je dois prévenir qu'il n'est pas aussi complet qu'il serait à désirer qu'il le fût; il ne m'a pas été possible de pouvoir obtenir de renseignements sur l'individu qui fait le sujet de cette observation, de sorte que la cause de l'affection, sa marche, les symptômes auxquels elle a donné lieu et qui auraient pu la faire reconnaître, etc., tout m'est absolument inconnu. C'est dans les pavillons de l'Ecole pratique, sur un sujet livré aux dissections, que j'ai rencontré ce cas curieux. J'ai pensé toutefois utile de le faire connaître, bien qu'il manque des détails qui auraient pu le rendre plus intéressant encore. Il était important de signaler l'existence et la possibilité de ce fait pour que plus tard, si l'on en trouvait d'analogues, on pût les mieux observer et mieux les décrire.

La femme, dont le cadavre était soumis à mon observation, paraissait avoir 40 ou 45 ans; le corps était bien conservé, d'une taille moyenne, et offrait un état d'amaigrissement assez grand. Les vergetures nombreuses qui existaient sur la région hypogastrique et l'extrémité supérieure des cuisses, annonçaient que cette femme avait eu un ou plusieurs enfants. Aucun vice de conformation dans les parties génitales externes ou internes; rien dans toute l'habitude extérieure du cadavre, dont on n'avait pas fait l'autopsie, qui méritât une description particulière. Je n'ai pas su à quelle affection elle avait succombé.

L'abdomen étant ouvert, toute la cavité péritonéale était lisse et ne

---

(1) *Observation d'une fistule tubo-intestinale*, et réflexions sur cette altération pathologique, par G.-E. Maslieurat-Lagémard (*Arch. gén. de méd.*, 1836, 2e série, t. XII, p. 432). L'intérêt que nous a paru présenter cette note et l'oubli dans lequel elle est restée, nous ont engagé à la reproduire presque en entier.

contenait aucun épanchement; pas de rougeurs, pas de granulations; aucune trace de fausses membranes, rien, en un mot, n'annonçait une inflammation ancienne ou récente de cette membrane séreuse. L'extérieur du canal intestinal n'offrit rien de particulier, excepté vers la terminaison de l'S iliaque du côlon où existait la lésion que j'ai annoncée.

Là je trouvai le pavillon de la trompe de Fallope, du côté gauche, plus gros, plus dilaté qu'il n'a coutume de l'être et intimement uni à la paroi intestinale que je viens d'indiquer. Cette union avait lieu au moyen de fausses membranes qui, partant de l'extrémité de la trompe, allaient se greffer sur l'anse intestinale et représentaient, par exemple, l'adhérence qui unit deux anses intestinales entre elles par suite d'une péritonite. Je fus obligé de faire un effort assez grand pour en opérer la déchirure, et je pus alors apercevoir une perforation de l'intestin; cette ouverture, dont les bords étaient lisses, polis, revêtus d'une membrane muqueuse continue avec la muqueuse intestinale, pouvait facilement permettre l'introduction d'une plume à écrire ordinaire, et était remplie en partie par des matières fécales liquides. Il me fut facile d'observer, sur l'extrémité libre de la trompe, une ouverture analogue à celle de l'intestin et qui lui correspondait directement; j'enlevai l'utérus et l'intestin perforé, et alors je pus mieux apprécier la lésion que je venais de découvrir.

Ayant ouvert l'intestin du côté opposé au trajet fistuleux, je pus constater que la membrane muqueuse intestinale se continuait avec celle de la trompe. Il n'y avait aucune rougeur, aucune induration, rien qui annonçât une inflammation récente. Sur la face interne de l'intestin il y avait deux orifices d'égale grandeur et distants à peu près de 6 lignes l'un de l'autre, qui se rendaient dans une espèce de poche sous-muqueuse qui elle-même se terminait par une ouverture unique extérieure, celle que j'ai signalée. La portion intestinale correspondant à cette ouverture semblait un peu dilatée à l'intérieur, et le point le plus saillant au dehors était celui au niveau duquel correspondait l'orifice fistuleux interne.

Le pavillon de la trompe, comme je l'ai déjà dit, paraissait dilaté; les franges qui sont à son extrémité libre avaient disparu; il ne restait qu'une ouverture lisse, unie, qui se rendait dans cette dilatation. Toute l'étendue de la trompe m'a paru dilatée jusque dans la cavité utérine qui, étant ouverte, a pu laisser apercevoir l'orifice interne de ce conduit qui était cependant assez étroit, et qui n'aurait pu, comme

l'ouverture intestinale, permettre le passage d'une plume à écrire. L'intérieur contenait quelques matières liquides. L'utérus avait son volume ordinaire ; le col et son orifice n'ont rien présenté de particulier. La face interne était sans rougeur et sans excoriation. Les ovaires des deux côtés étaient un peu plus volumineux que d'habitude. La muqueuse du vagin paraissait rouge et enflammée; il n'y avait, du reste, aucune ulcération. La trompe du côté droit était libre et flottante, mais son extrémité, à part son adhérence normale, se rapprochait beaucoup de celle du côté gauche ; comme elle, elle était volumineuse comme une grosse amande, dilatée, point frangée à son bord libre et devait, par cette conformation, s'appliquer très difficilement sur l'ovaire correspondant.

S'il fallait se prononcer sur l'étiologie de cet état anormal, il faudrait, je crois, se jeter dans plus d'une hypothèse pour en avoir une explication au moins satisfaisante ; car une adhérence si peu étendue, unique, limitée de la sorte dans toute la cavité abdominale, ne paraît pas pouvoir être attribuée à une péritonite, que l'on serait d'abord tenté d'admettre pour rendre compte de cette adhérence.

La maladie est locale, bien déterminée ; tout fait présumer que dès le début elle a été tout aussi bien limitée. Mais quel a été le point de départ primitif? Est-ce l'utérus et ses annexes, les trompes seules, qui ont été les premiers affectés; ou le tube intestinal, au contraire, n'a-t-il pas pu, par suite d'une phlogose même assez étendue, se perforer peu à peu de dedans en dehors dans le seul point que nous avons trouvé malade, et déterminer consécutivement l'adhérence dont nous avons parlé? C'est à ces trois chefs qu'on pourrait, je pense, attribuer cette maladie, car j'ai exclu de prime abord l'idée d'une péritonite.

Une métro-péritonite aurait bien pu déterminer quelques adhérences, mais elles auraient été plus nombreuses ; et quand bien même une seule eût existé, je doute que l'accolement de deux feuillets de la séreuse abdominale, accolement qui le plus ordinairement se fait par l'intermédiaire de fausses membranes, eût pu déterminer la perforation des couches successives du gros intestin, et surtout produire les deux ouvertures internes que nous avons signalées plus haut.

La trompe ou son pavillon peuvent bien devenir seuls malades, et cela au point de fermer l'ouverture libre de ce conduit, comme j'en ai vu un exemple remarquable à la Société anatomique. Sur la pièce qu'on y présenta, cette ouverture était fermée, la cavité des trompes considérablement agrandie et remplie par un liquide que la pression

faisait passer dans la cavité utérine avec la plus grande facilité, et qui de là coulait au dehors. Mais je répéterai ce que je viens de dire de la matrice elle-même, que je ne vois pas comment une adhérence de cette sorte eût pu déterminer une perforation intestinale.

Resterait donc une dernière cause, et c'est celle qui, à mon avis, peut rendre compte d'une manière plus exacte des phénomènes morbides ; je veux parler de l'inflammation du tube intestinal. En effet, cette inflammation est assez fréquente, assez rapide dans ses symptômes et sa durée, pour qu'on puisse croire qu'elle a existé chez la femme dont nous parlons, et l'ulcération, ainsi que la perforation des parois intestinales, est une chose trop souvent observée pour qu'il soit nécessaire de nous étendre longuement sur la possibilité de cet accident. Presque tous les auteurs en citent des exemples, et moi-même ai pu en observer plusieurs. Eh bien, si dans ce point l'ulcération s'est faite d'une manière lente et graduée, et si la trompe s'est trouvée en contact avec le point enflammé et qui tendait à le perforer, n'a-t-il pas pu se faire ici un accolement entre ces deux parties par suite de l'inflammation développée de l'intérieur à l'extérieur, le cercle inflammatoire étant embrassé en entier par le pavillon ? La perforation venant à s'effectuer, les matières stercorales, au lieu de s'épancher dans le bassin où elles auraient probablement produit une péritonite mortelle, auront été arrêtées par l'accolement de cet organe voisin, ou auront pris une route par son ouverture utérine. Telle est la cause qui me paraît la plus probable, car je pense qu'il serait au moins hasardé de la considérer comme certaine (1).

---

(1) Cette réserve nous semble aussi prudente que fondée, car l'explication adoptée par M. Lagémard ne nous paraît pas la meilleure. Il faudrait, en effet, pour justifier cette hypothèse, supposer un concours bien improbable de circonstances : les deux ulcérations auraient dû, après avoir détruit la muqueuse, former un abcès sous-muqueux, lequel se serait mis justement en rapport avec le pavillon de la trompe pour s'y ouvrir. Il est à supposer, au contraire, qu'une production de ce genre se serait vidée dans l'intestin par les orifices ulcéreux, ou que, par suite du contact direct avec les matières fécales, l'inflammation se serait propagée le long des tuniques intestinales.

N'est-il pas plus naturel d'admettre qu'une inflammation de la trompe, en contact avec un point quelconque de l'intestin, y a contracté des adhérences et s'est ouverte ensuite dans la cavité intestinale ? Le cas serait justement analogue alors à celui auquel M. Lagémard faisait allusion plus haut, et dans lequel les deux trompes étaient remplies d'un liquide que la pression faisait

L'état sain de toutes les parties, l'organisation de la membrane muqueuse, la solidité et la réunion parfaite de la trompe avec la portion intestinale, nous font présumer que cet état datait déjà de longtemps. Nous sommes, du reste, dans l'impossibilité d'assigner une époque précise à cet état pathologique.

Quelle que soit l'époque de sa durée, que cette adhérence soit primitive ou qu'elle soit due à une autre affection, voyons en peu de mots les conséquences qui pouvaient en résulter pour la femme.

Le passage des matières stercorales par la cavité utérine et le vagin en très petite quantité, il est vrai, devait néanmoins occasionner une irritation assez vive, un prurit incommode, et assez souvent des excoriations, symptômes qu'on aurait pu croire appartenir à une fistule vagino-rectale et qu'on aurait cherché vainement. Aucune exploration, je crois, n'aurait pu conduire à un diagnostic certain.

(Suivent des considérations tendant à démontrer l'impossibilité d'une conception et d'une grossesse dans de telles conditions.)

Quelques personnes auxquelles j'ai montré cette pièce avaient pensé, comme moi du reste, que peut-être une grossesse extra-utérine aurait pu déterminer cette lésion ; mais cette idée ne tarda pas à nous paraître trop invraisemblable pour que nous puissions nous y arrêter un instant.

Si on avait pu arriver à un diagnostic certain, la thérapeutique aurait-elle pu avoir quelque action sur la maladie? Je ne le pense pas, et sans parler des accidents consécutifs, il suffira de réfléchir sur le siège du mal pour être convaincu qu'il était au-dessus des ressources de l'art. Quoi qu'il en fût, nous avons pensé que nous devions le faire connaître, moins pour y porter un remède impossible que pour montrer une de ces affections curieuses que la nature prodigue,

---

sortir par la cavité utérine. Supposons, ce qui est possible, que l'orifice utérin de la trompe ait été oblitéré momentanément par l'inflammation primitive ; celle-ci se serait propagée à l'organe voisin du pavillon de la trompe, l'S iliaque, et aurait fait adhérer ensemble les deux organes. Alors le pus, détruisant peu à peu les tuniques intestinales, a enfin formé dans leur intervalle une collection qui s'est ouverte dans la cavité du côlon par deux points. Plus tard, sous l'influence de la pression incessante ou peut-être de la simple action irritante des matières fécales accumulées dans la trompe, l'orifice utérin s'est ouvert de nouveau, et les fèces liquides ont trouvé un chemin étroit, mais perméable, de l'intestin dans l'utérus.

mettant à la fois en défaut et nos hypothèses pour les expliquer, et nos moyens pour les faire disparaître.

Le siège de la fistule dans le conduit génital étant connu, il faut rechercher quelle portion de l'intestin est atteinte. La chose paraît avoir été facile en général dans les cas ou une anse intestinale est sortie de la vulve (obs. V, VIII, XX, XXVI, etc.), mais le diagnostic est plus douteux pour ceux dans lesquels l'intestin s'est montré seulement à la vulve. Bien que Pennel ait dit que l'appendice iléo-cæcal ait été vu par MM. Anger et Périer, nous persistons à croire que ce prétendu appendice n'était probablement que le cordon du fœtus, et lorsque M. Rœseler dit avoir trouvé dans l'utérus et reséqué 20 centimètres de l'S iliaque, nous conservons des doutes sur cette affirmation; il était en effet difficile de reconnaître, et l'auteur ne nous dit pas comment il l'a fait, les caractères distinctifs d'une portion d'intestin étranglée et ayant séjourné pendant un certain temps dans un utérus enflammé, et d'autre part on peut se demander si une anse aussi longue de l'S iliaque a pu pénétrer dans une hernie utérine.

Lorsqu'on est appelé auprès de la malade après la disparition de l'intestin, et la formation définitive de la fistule stercorale, divers éléments peuvent aider à porter le diagnostic.

La plupart des auteurs ont attribué une grande importance aux caractères des selles. Lorsqu'elles proviennent de l'intestin grêle, elles sont liquides, bilieuses, jaunâtres ou verdâtres et composées en grande partie d'aliments mal digérés, surtout lorsque la malade a mangé des légumes (Mac-Keever, Verneuil); elles apparaissent une, deux, trois heures au plus après le repas. La présence d'un fragment de gâteau dans le fait de Colman (obs. XV) et de pilules non altérées dans celui de Einbeck (obs. XXXI), ont fait penser à ces auteurs que la fistule siégeait sur l'intestin grêle. En outre, la fluidité de ces matières facilitant leur écoulement par la fistule, il en passe très peu, ou même pas du tout, dans le bout inférieur de l'in-

testin, et par suite les selles rectales sont très rares et très peu abondantes, et même nulles dans l'anus complet.

Le toucher rectal peut aussi fournir de précieuses indications. Simon, ne pouvant explorer le vagin au spéculum à cause d'un rétrécissement étroit situé à 4 centimètres de la vulve, examina la cloison recto-vaginale avec un doigt dans le rectum et une sonde portée dans le vagin au travers et au-dessus du rétrécissement, et ne trouva aucune communication anormale entre les deux cavités. L'impossibilité de découvrir aucune perforation de la cloison recto-vaginale et la nature des matières, rendues quelques heures après le repas et formées par une bouillie d'aliments à moitié digérés, firent penser à Simon qu'il avait affaire à une fistule vaginale de l'intestin grêle. L'autopsie démontra que la perforation de l'iléon avait eu lieu à quatre pouces de la valvule iléo-cæcale.

Malgré des éléments plus nombreux de diagnostic, la fistule iléo-vaginale fut complètement méconnue dans le cas de Radfort. A la suite d'un accouchement laborieux, le col de l'utérus se rompit, et des intestins s'échappèrent par la rupture. On les réduisit; mais les jours suivants il y eut des phénomènes de pelvi-péritonite, et une constipation qui ne céda aux purgatifs qu'au bout de plusieurs jours, puis des phénomènes d'irritation intestinale; un abcès s'ouvrit dans le vagin et, au quinzième jour après l'accouchement, des matières fécales liquides, vertes, s'écoulèrent par le vagin. L'ouverture fistuleuse était située à la partie supérieure de ce conduit, immédiatement au-dessous du col de l'utérus. Par le rectum, il fut impossible de trouver une ouverture à la paroi recto-vaginale. Néanmoins Radfort diagnostiqua une fistule de ce nom.

La malade guérit spontanément et mourut plusieurs années après. A l'autopsie, on trouva une adhérence entre l'utérus et l'iléon, et néanmoins Radfort ne parle pas de la possibilité d'une fistule iléo-utérine ou vaginale dans ce cas, bien que l'une ou l'autre eût certainement existé.

Nous pensons, d'après la présence d'une anse de l'intestin grêle dans le cul-de-sac utéro-rectal au moment de la rupture,

d'après l'abcès qui se forma dans cette région, d'après la constipation opiniâtre qui eut lieu d'abord, pour faire place ensuite à la diarrhée, d'après la nature des selles vaginales qui étaient liquides, vertes, acides, et l'impossibilité de trouver une fistule recto-vaginale, nous pensons, disons-nous, qu'il s'agissait ici d'une fistule iléo-vaginale.

Le fait, que nous allons rapporter, est simplement intitulé : *Lacération longitudinale du col de l'utérus; guérison* (1).

### Observation XXXIII.

Elizabeth (G...), 28 ans, en travail de son huitième enfant, fit demander Mme Heyes, sage-femme, le 29 mai 1833, à onze heures du soir, et à minuit et demi les membranes se rompirent.

Lorsque Mme Heyes la vit, elle trouva les douleurs très faibles, mais à deux heures du matin elle m'envoya chercher, parce qu'une hémorrhagie considérable était survenue environ une heure auparavant. M. Bird, mon assistant, alla la voir. A son retour, il me dit que la patiente était en danger. Je m'y rendis immédiatement, et je trouvai l'écoulement terminé. Le col de l'utérus était dilaté à peu près comme un dollar et plus dilatable encore. La lèvre postérieure était œdématiée. La tête de l'enfant était en position naturelle, et franchissait alors le détroit supérieur. Pouls à 80, parfaitement distinct. A cinq heures, comme il n'y avait plus alors d'urgence et qu'on ne pouvait employer aucun moyen sûr, sauf la craniotomie, pour la délivrance (l'application du long forceps étant tout à fait impossible), je résolus d'attendre. Je quittai alors la malade, en enjoignant formellement à la sage-femme de me faire prévenir à huit heures si le travail n'était pas terminé.

J'appris alors que cette pauvre femme avait été délivrée par les instruments (on ne sait lesquels) dans une de ses premières couches. Mme Heyes l'avait assistée dans les deux précédentes, dont la première avait été plutôt rapide, puisqu'elle n'avait duré que trois heures. L'enfant était vivant; c'était une fille de petit volume ; dans la der-

(1) *Trans. of the obstetr. Society of London* pour 1866, t. VIII, p. 199, obs. XVIII, 1867.

nière couche le travail avait duré trois jours; l'enfant, un garçon, était mort-né.

On ne me fit demander qu'à onze heures, et je trouvai la malade dans un état très grave. J'appris que pendant mon absence le travail avait marché lentement, et que les douleurs avaient été très légères jusqu'à dix heures, où elles devinrent plus aiguës et se manifestèrent comme des crampes. A ce moment elle fut saisie d'une douleur très violente, angoissante, et qui lui arracha cette exclamation d'un ton aigu : « O mon ventre ! » Un léger écoulement sanguin suivit. Lorsque je la vis, je trouvai sa figure abattue et excessivement pâle; elle avait vomi, et se plaignait de crampes douloureuses dans le ventre. Pouls très rapide (140 environ) et très faible. Sensibilité abdominale considérable ; l'écoulement sanguin avait cessé. Je m'assurai que la tête de l'enfant était plus mobile, au niveau du détroit supérieur, qu'à ma première visite du matin ; je me décidai à pratiquer la délivrance immédiate par la craniotomie, et M. Dick fixa l'utérus pendant que j'introduisais le perforateur. Mais cet instrument ne fut pas plus tôt en contact avec la tête, que cette partie de l'enfant, aussi bien que tout le reste du corps, échappa immédiatement au toucher. Après avoir retiré l'instrument, j'introduisis ma main dans l'utérus, puis par la déchirure de cet organe, dans l'abdomen, et je cherchai un pied. J'en trouvai bientôt un, que j'amenai. Le pouls était alors très faible et la malade très épuisée. On lui donna un peu d'eau-de-vie et d'eau. Après un court repos, je terminai l'accouchement, en éprouvant toutefois une certaine difficulté au passage des épaules et du crâne au détroit supérieur, qu'on trouva beaucoup plus grande lorsque la tête vint à passer par cette ouverture. L'enfant était une fille de moyen volume, qu'on amena sans le secours d'instruments. Ayant introduit de nouveau ma main, je trouvai le placenta situé au milieu des intestins dans la cavité abdominale, d'où je le retirai. Je m'efforçai alors de m'assurer des caractères de la plaie et de sa situation, et d'obtenir les dimensions précises du petit bassin. Pendant cette exploration, je découvris qu'une partie de l'intestin grêle avait passé par la déchirure et était descendue dans la cavité pelvienne; je la fis remonter immédiatement, et rentrer dans l'abdomen. La plaie était située sur le côté gauche, un peu en avant, et avait une direction horizontale. Ses bords, autant que je pus m'en assurer, étaient ou du moins paraissaient uniformément égaux, et avaient presque les caractères d'une plaie par incision.

Les dimensions du bassin étaient au-dessous de la moyenne; il y avait un rétrécissement antéro-postérieur, et ce diamètre avait environ 3 pouces 1/2.

La malade supporta l'opération avec un grand courage, mais elle était très épuisée. L'utérus s'était contracté autant qu'il le fait habituellement dans ces cas et l'écoulement sanguin n'était pas plus abondant qu'après l'accouchement ordinaire. On donna un opiat. On recommanda la plus grande surveillance aux personnes qui la soignaient. On lui donna du gruau avec un peu d'eau-de-vie.

A cinq heures, le même soir, je réunis en consultation mes confrères et amis, les Drs Hull, Hunt et Stephens, pour avoir leur opinion au sujet du traitementà suivre dans ce cas. On la visita deux ou trois fois par jour, vu la gravité des symptômes pendant un temps considérable. A cette visite, elle avait dormi; pouls à 120, figure calme, ventre généralement tuméfié et sensible au toucher ; langue blanche et humide. La malade était couchée sur le dos, les jambes élevées; lochies naturelles, pas de miction. A une réunion suivante, le soir, cathétérisme; prescription : pilule d'opium et calomel; régime antiphlogistique et purgatif salin.

Du 31 mai au 3 juin inclusivement, symptômes indiquant nettement une péritonite, variant en nombre et en intensité d'un jour à l'autre ; douleur considérable du ventre à la pression, langue blanche, saburrale, constipation, chaleur de la peau, et vomissements fréquents.

Le traitement fut antiphlogistique : calomel et opium; de temps en temps, huile de ricin avec esprit de térébenthine en lavement; lotions sur le ventre avec esprit de térébenthine. Saignée de 500 grammes. Le sang tiré était très compact et couenneux. Cataplasmes et sangsues sur le ventre. Comme la constipation continuait, on donna des pilules purgatives qui eurent pour effet de débarrasser l'intestin de fèces durcies. Sinapismes au creux de l'estomac.

Du 3 au 10 juin, il ne survint rien d'important. Toux et diarrhée. On ordonna des astringents, des émollients, et un vésicatoire sur la poitrine.

Le lundi la toux était fréquente; pouls à 96 ; légère diarrhée encore, douleur violente dans le vagin. A l'examen, je trouvai une tumeur que je pris pour un abcès, et qui en était bien un ; il s'ouvrit, et le lendemain il en sortit de la matière sanieuse. On prescrivit une potion

calmante, des astringents, et de fréquentes injections d'eau chaude dans le vagin.

Du 10 au 13 juin, irritation intestinale, coliques et frissons. On prescrivit d'appliquer sur le ventre des cataplasmes chauds et un liniment calmant et stimulant, des pilules d'opium et de rhubarbe, et un lavement opiacé. La malade se plaignit d'une sensation de brûlure dans le vagin et dit que les selles sortaient par cette voie. A l'examen, je trouvai la muqueuse vaginale très rouge, et des matières fécales liquides s'écoulant le long de ses parois. J'introduisis une sonde dans le rectum, mais je ne pus trouver d'ouverture avec le doigt passé dans le vagin. L'état général était meilleur, mais la malade souffrait beaucoup de la douleur brûlante du vagin et de la vulve, qui était sans doute considérablement aggravée par l'acidité des selles liquides vertes qui s'écoulaient continuellement par cette partie. Je prescrivis des potions opiacées et une mixture astringente, avec de la craie, des lotions d'eau chaude et des injections vaginales avec une infusi on d lin.

Je découvris par la suite que l'ouverture fistuleuse était située à la partie supérieure du vagin, immédiatement au-dessous du col de l'utérus. D'après la sensation fournie par le doigt, il semblait que les parties voisines étaient sur le point de se fermer. Quelques jours plus tard je trouvai ses dimensions considérablement diminuées.

A partir de ce moment tous les symptômes continuèrent à s'améliorer, et les intestins reprirent leurs fonctions normales. L'état d'inflammation et d'irritation du vagin s'apaisa peu à peu; l'issue des matières fécales par cette voie diminua; et, heureusement pour cette pauvre créature, la communication recto-vaginale était entièrement fermée, et le cours normal des fèces par l'anus était rétabli longtemps avant que je cessasse mes soins.

Les médicaments prescrits depuis la dernière date furent des injections, des émollients, des astringents, des toniques, qui furent continués aussi longtemps que cela fut nécessaire.

Cette pauvre femme avait subi la privation de la pauvreté pendant sa grossesse.

Elle eut dans la suite quatre grossesses qui n'arrivèrent pas à terme :

1° 20 mai 1834. Durée de trente à quarante heures. Fœtus de 6 mois, mort-né. Léger écoulement sanguin, qui cessa bientôt;

2° 14 juin 1835. Durée, quarante heures ; fœtus de 6 mois, mort-né ;
3° 2 juillet 1836. Fœtus de 6 mois, mort-né.

Dans la dernière couche (à la fin de 1837), présentation de la main ; on envoya chercher M. Hunt : il la ramena au-dessus de la tête, qui descendit alors dans le bassin. Au bout de quelques heures, naissance d'un enfant vivant, mâle, de 7 mois. Guérison.

Dans les intervalles des grossesses, attaques de péritonite pour lesquelles elle fut soignée par M. Hunt. Elle finit par être internée au Workhouse de Manchester, et y mourut de phthisie.

L'autopsie fut faite par M. Hunt, en présence du Dr Francis et de moi-même. On ne put voir la plus légère trace d'aucune cicatrice à l'utérus. Le seul reste morbide était une bande de légère adhérence entre cet organe et une partie de l'iléon.

Dans les remarques qui suivent cette observation, M. Radfort ne fait aucune allusion à la possibilité d'une communication antérieure entre ces deux organes.

Dans plusieurs cas, le diagnostic de la partie lésée de l'intestin n'a pas été fait ; cependant les observations renferment assez de détails pour que leur analyse permette de se prononcer sur ce point.

Dans les cas où la fistule intestino-vaginale siégeait dans le cul-de-sac antérieur du vagin, la partie de l'intestin qui a pu s'y aboucher ne pouvait être qu'une anse de l'intestin grêle. Kiwisch était probablement de cet avis, car il accepta le fait sans discussion (voir obs. II). Dahlmann, sans être aussi affirmatif, donne toutefois une bonne raison à l'appui de notre opinion, car il dit que les matières écoulées par le vagin avaient tous les caractères du contenu de l'intestin grêle.

Breitzmann, dont le fait est tout à fait analogue aux précédents, ne se prononce pas sur la partie de l'intestin qui fut ouverte, mais il dit que les matières fécales étaient liquides, et provenaient d'une anse intestinale placée entre l'utérus et la vessie ; il ne peut donc s'agir que de l'intestin grêle.

### Observation XXXIV.

*Fistule intestino-vaginale consécutive à un accouchement laborieux; guérison spontanée.* (Breitzmann. *Med. Zeitung prussichen Verein,* 26 juin 1844, n° 26, p. 122.)

Madame P. de H..., de faible constitution, ayant eu dix accouchements antérieurs, affectée d'un prolapsus utérin, éprouva, le 28 novembre 1843, les premières douleurs de l'enfantement, qui furent bientôt suivies de plus intenses. Le 29 au matin, rupture des membranes ; les douleurs augmentèrent peu à peu de force, et la parturiente souffrit beaucoup par suite de la pression du fœtus contre le pubis. Le 30 au matin la sage-femme reconnut une présentation vicieuse et demanda l'assistance d'un médecin.

Quand le Dr Breitzmann arriva, le 30 à 6 heures du matin, il trouva la malade épuisée, accusant des douleurs terribles de compression au voisinage de la symphyse pubienne. Procidence du bras droit et de l'épaule ; contractions courtes et violentes ; l'enfant était déjà mort. Version podalique, assez difficile à cause de la rétraction utérine ; cependant Breitzmann réussit au bout de peu de temps, sans occasionner de grandes douleurs. Après la délivrance, la malade se déclare très soulagée.

Le 2 décembre au soir, elle souffrait toujours beaucoup dans le bas-ventre et surtout dans la région hypogastrique ; de plus, la région iliaque droite était tuméfiée et douloureuse à la pression. Fièvre forte ; pouls, 120 ; insomnie, face déprimée, sueurs ; excrétions satisfaisantes de la vessie, de l'intestin, des lochies. Angoisse persistante et vomissements. Tous ces symptômes indiquaient une inflammation intra-abdominale partielle, provoquée très vraisemblablement par la pression forte et prolongée des parties fœtales contre le pubis. Comme l'état de faiblesse de la femme ne permettait pas d'avoir recours à la saignée, Breitzmann fit mettre 16 sangsues sur l'abdomen. Cataplasmes chauds et, quand les vomissements auront cessé, calomel.

Le 5. Amélioration générale ; les vomissements ont disparu tout à fait et la douleur en grande partie, sauf pourtant dans le vagin, où existaient encore des douleurs cuisantes très vives.

Les phénomènes fébriles continuent ; collapsus du facies, suppression des lochies ; selles et miction normales. On continue le calomel. Emulsion huileuse avec de l'extrait de jusquiame et de laurier-cerise. Cataplasmes ; injections d'eau tiède dans l'utérus.

Le 8. Etat peu changé. Saillie de l'abdomen et sensation de brûlure, insomnie, phénomènes fébriles ; pendant quelque temps, écoulement lochial très fétide. Même traitement.

Le 9. A ces symptômes s'ajoute une rétention d'urine, de sorte que l'on doit employer le cathétérisme, au moyen duquel on retire une certaine quantité d'urine fétide, au grand soulagement de la malade.

Le 10. Fièvre et douleur dans le ventre. Rétention d'urine et de fèces ; cathétérisme et huile de ricin. Durant les jours suivants, l'urine fut retirée deux fois par jour par la sage-femme. Persistance de la douleur et de la suppression des lochies et des selles jusqu'au 13 décembre. Ce jour-là, il y eut incontinence d'urine avec issue par le vagin d'un liquide fétide qui s'accusa bientôt comme des matières fécales diluées.

Les jours suivants, l'incontinence d'urine diminua peu à peu et la malade put uriner volontairement et sans douleur, mais l'écoulement de matières fécales liquides continua, et les selles rendues par les voies naturelles furent rares et en petite quantité. L'issue de la maladie ne pouvait plus faire de doute. A l'inflammation partielle de l'utérus et de son revêtement péritonéal s'était jointe celle de la vessie et de la portion d'intestin placée entre ces deux organes ; elle était devenue gangreneuse, et, après l'élimination de l'eschare au quinzième jour de la maladie, il s'était formé une fistule stercorale dont on pouvait trouver dans les explorations l'orifice dans le vagin en haut et en avant, juste derrière le pubis, à droite de l'urèthre sous-jacent et intact.

On ne pouvait songer à une intervention opératoire ; on ne pouvait que s'en tenir à l'expectation, au décubitus dorsal, au placement d'une éponge selon les règles de l'art, afin de fermer autant que possible l'ouverture vaginale ; en même temps on facilitait les selles par l'administration d'huile de ricin. L'espérance que la nature effectuerait d'elle-même la guérison ne fut pas déçue. Au bout de quelques semaines, l'écoulement par le rectum augmenta et la sécrétion de la fistule diminua d'une façon correspondante, de telle sorte qu'elle fut fermée au bout de quatre mois, et la femme, qui avait des selles normales, se trouvait parfaitement bien.

L'examen des selles vaginales a été pour ainsi dire poussé jusqu'aux dernières limites de la minutie dans le cas de Dahl-

mann (obs. XXXVI), qui diagnostiqua l'existence d'une fistule iléo-vaginale par l'absence d'ouverture sur la paroi recto-vaginale, et par la nature des fèces. Celles-ci apparaissaient une demi-heure ou une heure après le repas et avaient l'aspect du contenu de l'intestin grêle. Presque toujours les matières qui s'écoulaient par le vagin étaient colorées en vert par la bile. Dahlmann fit en outre examiner ces matières au microscope et constata qu'elles étaient formées de fibres musculaires ou végétales incomplètement digérées. Plus tard, lorsque la fistule intestinale fut guérie, il fit de nouveau examiner les liquides vaginaux au microscope pour s'assurer qu'ils ne renfermaient plus de substances provenant de l'intestin.

Lambron ne put diagnostiquer l'existence d'une fistule intestino-utérine par les caractères des selles, puisqu'il ne sortit pas de fèces par le vagin; mais il en sortit des strongles, ce qui lui fit soupçonner l'existence d'une communication entre l'intestin et la cavité utérine. Du reste, son diagnostic fut confirmé plus tard, car sa malade, ayant parfaitement guéri de sa rupture utérine et de sa fistule, redevint enceinte et la matrice se rompit de nouveau pendant l'accouchement. Lambron pratiqua la gastrotomie, et constata des adhérences entre les anses intestinales et l'ancienne cicatrice.

Un autre moyen de diagnostic, très précieux d'ailleurs, a encore été mis en pratique par plusieurs chirurgiens, Hufeland, Casamayor, Demarquay, Gussenbauer, Dahlmann entre autres. Il consiste à injecter par le rectum une certaine quantité de liquide. Celui-ci n'étant pas ressorti par le vagin, les auteurs en ont conclu justement que la fistule ne siégeait ni dans le rectum, ni en un point quelconque du gros intestin, mais au-dessus de la valvule iléo-cæcale.

L'état de l'intestin, au point où il est le siège de la fistule, est encore un des éléments du diagnostic au sujet duquel il convient d'être parfaitement renseigné. Il faut rechercher : 1° le siége de l'orifice anormal; 2° l'existence d'un éperon; 3° les dimensions et la mobilité de cet éperon; 4° la perméabilité du bout inférieur de l'intestin à partir de la fistule.

Pour rechercher le siége de l'orifice anormal, il faut avoir recours au toucher et à l'examen direct par le spéculum. Le toucher fait constater d'abord la présence du col utérin, plus volumineux que d'habitude; sa cavité est aussi plus large sans permettre au doigt d'y pénétrer. S'il n'y a qu'un orifice, c'est que la fistule siége sur l'utérus; mais s'il existe un second orifice, en avant, en arrière ou sur un des côtés du col, ce second orifice sera celui de l'intestin. Le doigt pourra même sentir trois orifices en cas d'anus anormal, l'un étant celui du col de l'utérus, et les deux autres représentant celui de l'anus anormal partagé en deux par l'éperon.

L'examen au spéculum confirmera et complétera ces données. Le spéculum étant appliqué et le fond du vagin nettoyé par une injection, on verra un seul orifice, ou deux, ou trois, suivant qu'il existera une fistule utérine, une fistule vaginale, ou un anus vaginal avec éperon. L'issue des matières par un des orifices indiquera évidemment le bout supérieur de l'intestin; quant au bout inférieur, il sera reconnu à sa proximité du bout supérieur, dont il ne sera séparé que par l'éperon, tandis que le col de l'utérus, gros, dur, fongueux, n'aura ni le même aspect ni la même consistance et s'isolera de lui-même par l'application du spéculum qui l'engagera dans sa cavité. Il paraît toutefois que ce diagnostic entre l'orifice du col et l'orifice de l'anus anormal présente une certaine difficulté, puisque Demarquay s'y est laissé tromper.

Le cathétérisme des orifices permettra au chirurgien de se renseigner à la fois sur la situation du col de l'utérus, sur la présence et la mobilité de l'éperon et sur la perméabilité du bout inférieur.

Une sonde métallique, introduite dans les orifices, s'arrêtera bientôt, quel que soit l'organe dans lequel on l'aura introduite; mais si on lui imprime des mouvements de latéralité, on reconnaîtra une différence sensible entre la rigidité, la dureté de la paroi utérine, et la mollesse, la souplesse de la paroi intestinale. De plus, en tâtonnant, on finira si l'on est dans l'intestin, par faire pénétrer la sonde plus profondément.

sans exercer aucune violence, comme M. Verneuil l'a fait, et l'on saura à la fois et la direction des bouts de l'intestin rompu, et leur degré de perméabilité.

Casamayor avait recherché la perméabilité du bout inférieur en injectant de l'eau dans le rectum ; ne voyant pas ce liquide ressortir par l'anus accidentel, il pensa que le bout inférieur était fermé, d'autant plus que par le toucher il avait senti un cordon dur descendre du bas ventre jusqu'à l'orifice anormal, cordon qu'il croyait être l'intestin oblitéré. Il n'a pas malheureusement songé que peut-être le liquide n'avait pu franchir la valvule iléo-cæcale, omission qui infirme jusqu'à un certain point son raisonnement (obs. XXXVIII).

Bien que les deux bouts de l'intestin soient libres, il n'en faut pas conclure que les matières fécales pourront circuler facilement après la fermeture de l'orifice anormal. M. Demarquay par le tamponnement du vagin, et M. Verneuil par l'accolement des lèvres de cet orifice au moyen d'une pince de Museux laissée en place, ont produit cette fermeture, mais ils ont dû y renoncer aussitôt à cause des accidents de rétention. En effet, l'éperon, bien que mobile, ainsi qu'on s'en était assuré par des manœuvres à l'aide du doigt et de la sonde, s'opposait au passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur. Quelle que soit donc la mobilité de l'éperon, s'il est assez long pour venir faire saillie dans l'orifice de l'anus accidentel, il en faudra conclure que sa section est nécessaire avant de procéder aux tentatives d'occlusion définitive de cet anus.

Signalons encore, avant de terminer ce chapitre, quelques erreurs de diagnostic relevées dans nos observations.

L'issue des intestins et la mort des malades ont eu pour cause une erreur de diagnostic dans le cas de Henricus ab Heer et dans celui de Garmann. Dans le premier, le chirurgien fit la section d'un utérus prolapsé sans se douter qu'une anse intestinale pouvait être contenue dans l'espèce de poche formée par la matrice. L'intestin fut coupé en même temps et la malade mourut.

Dans le fait rapporté par Garmann, un chirurgien prit sans doute pour un abcès une hernie vaginale et l'incisa. Les intestins s'échappèrent par la plaie, ne furent pas réduits, se gangrenèrent et la femme périt également.

Dans l'opération qu'il entreprit pour remédier à un anus contre nature vaginal, Roux commit une erreur de diagnostic qui eut la même conséquence funeste. Il voulait détacher les deux tronçons d'intestin qui s'abouchaient dans le vagin, de leurs adhérences avec ce conduit, et les réunir bout à bout par la suture. Un premier tronçon ayant été détaché, il rechercha le second ; mais le côlon descendant étant dépourvu de graisse chez cette malade, Roux le prit pour le bout inférieur de l'intestin grêle, le sectionna transversalement, et aboucha le bout stomacal de l'iléon avec le bout stomacal du côlon descendant. La malade mourut trente-six heures après et, à l'autopsie, Roux vit quelle avait été son erreur.

Moins grave et plus excusable fut celle de Thurnam. Ce médecin avait cru d'abord, chez sa malade, à une fistule recto-vaginale qu'il ne trouva pas. Il ne put procéder à un examen plus approfondi à cause de l'état de faiblesse de la patiente, et ce ne fut qu'à l'autopsie qu'il put se rendre compte du siége exact de la perforation. Il existait bien une petite fistule recto-vaginale, mais les lésions principales siégeaient plus haut : il y avait plusieurs ouvertures fistuleuses à la partie supérieure et droite du vagin, en communication avec la dernière portion de l'iléon.

Nous aurions désiré, pour être complet, établir le diagnostic du siége de la fistule sur le point précis de l'intestin grêle où elle se trouve ; mais outre que ce diagnostic n'aurait que peu d'intérêt au point de vue pratique, nous n'avons pas recueilli, dans nos observations, les détails nécessaires pour le faire d'une manière suffisamment exacte.

Il serait encore utile, au point de vue du pronostic et du traitement, de pouvoir diagnostiquer si l'on a affaire à une simple fistule intestinale, siégeant sur une des parois seulement de l'intestin, ou à un anus proprement dit, dont les deux

bouts s'ouvrent dans l'utérus ou le vagin. Au point de vue du pronostic, les fistules sont susceptibles de guérir spontanément, ou après un traitement peu sérieux; les anus au contraire guérissent rarement seuls, puisque nous n'en connaissons aucun fait détaillé. Au point de vue du traitement, les fistules cèdent à des moyens palliatifs en général; les anus au contraire résistent aux traitements les plus variés et les plus complexes.

Les commémoratifs peuvent, en premier lieu, nous éclairer sur ce point. Si l'on a eu sous les yeux une anse étranglée, on peut être sûr de l'existence d'un anus vaginal. Cette opinion est encore très fondée, si, en l'absence d'une anse étranglée, on a constaté des phénomènes d'obstruction intestinale complète pendant plusieurs jours.

La quantité des selles qui s'écoule par les orifices, normal et anormal, peut servir aussi de guide. Si toutes les matières sortent par l'orifice anormal, il s'agit évidemment d'un anus vaginal complet; on soupçonnera au contraire une fistule simple si une certaine quantité de matières est excrétée par la voie naturelle.

Lorsque l'orifice accidentel siège dans le vagin, le toucher et l'examen au spéculum peuvent renseigner plus exactement : en cas d'anus, on trouve un large orifice ou deux orifices séparés par un éperon, avec ou sans prolapsus, mais fréquemment il en existe; en cas de fistule, l'orifice est relativement petit et unique, et il n'y a pas de prolapsus de la muqueuse intestinale.

Il y a encore lieu de rechercher la nature de l'affection qui a donné lieu à la fistule intestino-vaginale. Mais ici les commémoratifs, l'âge de la malade, suffisent amplement pour faire connaître s'il s'agit d'un phlegmon du petit bassin, puerpéral ou non, d'une rupture utérine ou vaginale pendant l'accouchement, d'un cancer de la matrice, etc. Ces données ont une importance facile à comprendre pour le pronostic et le traitement.

## PRONOSTIC.

A ne considérer que les chiffres généraux des guérisons et des morts, les fistules intestino-génitales constituent une affection très grave, puisque sur 39 cas, 18 se sont terminés par la mort, 16 par la guérison et 5 par le *statu quo*. Mais l'analyse des causes de la mort atténue singulièrement les couleurs sombres de ce pronostic.

Nous devons faire remarquer d'abord la différence qui existe entre la mortalité de l'anus vaginal et celle des fistules utérines. Dans le premier groupe nous avons 3 morts et 14 guérisons et dans le second 10 morts et 7 guérisons, soit une mortalité beaucoup plus grande pour les fistules utérines que pour les fistules vaginales : ce qui s'explique par ce fait que les fistules intestino-utérines s'accompagnent souvent de désordres considérables du côté du petit bassin, de phlegmon en particulier.

Sur nos 18 morts il faut ensuite compter 4 cancéreux, et dans ces cas on ne peut évidemment attribuer l'issue fatale à la fistule, complication ultime de la maladie. La cause véritable de la mort est bien le cancer utérin et non la perforation intestinale. Il nous reste ainsi 7 morts et 7 guérisons pour les fistules utérines, et 7 morts et 14 guérisons pour l'anus vaginal, une différence de 50 p. 100 en faveur de ce dernier.

Une seconde catégorie comprend 11 cas dans lesquels la mort est survenue non par le fait de la fistule, mais par celui de l'affection primitive qui avait causé celle-ci :

Garmann : Hernie et sphacèle des intestins (obs. I).

Percy et Dunn : Hernie et étranglement intestinal dans une rupture utérine (obs. VII et XX).

Thurnam : Phlegmon du petit bassin et de ses organes (obs. XVIII).

Scharlau : Même cause, plus aiguë et plus intense (obs. X).

Davey : Entérite aiguë suivie de pelvi-péritonite (obs. XIX).

Davis : Rupture utérine avec issue du fœtus dans l'abdo-

men, et abcès consécutif ouvert dans l'intestin, l'utérus et la peau (obs. XIII).

Simpson, Ashwell : Phlegmon à répétition du petit bassin. (obs. XI, XXV).

Jones : Rupture vaginale et arrachement de 19 pieds d'intestins (obs. VIII).

Müller : Grossesse extra-utérine suivie d'ouverture du kyste dans l'intestin et le vagin, puis de septicémie mortelle (obs. XXII).

Cette simple énumération est assez démonstrative par elle-même pour se passer de tout commentaire.

Enfin, trois sujets sont morts non de la fistule, mais de l'opération qu'elle a nécessitée. Il est probable que la fistule, abandonnée à elle-même, n'aurait pas amené la mort dans les cas de Roux et de Simon. Dans celui de Jennings, la malade avait survécu 21 ans aux accidents qui avaient amené l'anus vaginal, et l'opération tentée au bout de ce temps a amené la mort (obs. XXI).

Il serait donc extrêmement injuste d'attribuer toutes ces morts à la fistule stercorale. Tout ce que l'on peut dire, c'est que cet accident complique souvent une affection grave par elle-même, et qu'il contribue à la mort en augmentant la part de gravité de l'affection primitive.

La part de gravité de la fistule est, d'ailleurs, assez grande, puisqu'elle est composée de l'affaiblissement causé à l'organisme par l'issue des aliments avant leur digestion complète, et de l'inflammation que les fèces entretiennent dans le vagin et les parties voisines. Cette dernière particularité était certainement la plus à charge aux malades. En effet, l'issue de matières fécales ou purulentes par le vagin, incessante dans la plupart de nos observations, rendait la vie insupportable aux malheureuses patientes. Indépendamment des douleurs atroces que déterminait le contact de ces matières sur le vagin, la vulve et le périnée excoriés, le dégout qu'elles inspiraient à leur entourage et qu'elles avaient pour elles-mêmes, rendait leur sort des plus lamentables. Aussi, les chirurgiens

ont-ils cru devoir tenter les opérations les plus hasardeuses pour y remédier.

Plusieurs malades, heureusement, ont guéri sans opération (Lambron, Mac Keever, Breitzmann, Morgan, Radfort, Skinner, Favera, Kiwisch, Veit, Roseler, Einbeck, Pennel); celle de Dahlmann, après quelques cautérisations au nitrate d'argent; trois ont guéri après des opérations assez complexes (Casamayor, Birkett, Heine); enfin les malades de Gussenbauer, Demarquay, Verneuil, Bartels n'ont retiré aucun bénéfice définitif de l'opération. La malade de Colman était en voie de guérison (?) quand il publia son observation.

Ajoutons quelques mots sur les fistules d'origine cancéreuse.

Dans le cas de Hufeland, la mort est arrivée deux mois après la perforation. Dans celui de Dianoux, elle a eu lieu avant l'apparition des fèces par le vagin et au milieu de phénomènes cachectiques. Dans les autres cas, ce détail n'est pas mentionné; toutefois il est probable qu'il s'était écoulé un peu plus de temps entre la perforation et la mort dans le cas de Husson, car des matières dures présentant l'aspect de la terre glaise à demi desséchée existaient dans la portion du côlon située au-dessus de l'S iliaque, entre les deux groupes de fistules intestinales. L'ancienneté de ces matières, leur quantité considérable, comparée à l'exiguité de l'orifice intestinal par lequel elles auraient dû passer, pour arriver dans le côlon par le bout de l'intestin grêle situé au-dessous de la rupture de cet intestin, attestaient évidemment que les matières contenues dans l'S iliaque y étaient depuis l'époque à laquelle avait eu lieu l'interruption dans la continuité de l'intestin grêle (obs. XXIII).

Il est facile de comprendre que ce n'est qu'à la période ultime de la maladie, alors que le cancer a déjà fait de grands ravages autour de son point de départ, que l'intestin est envahi à son tour. Aux causes d'affaiblissement qui existent déjà de par la présence du cancer : hémorrhagies, généralisation dans les viscères, cachexie, etc., vient s'en ajouter une

autre très puissante, puisque la lésion nouvelle s'oppose justement à la réparation des forces dont la malade aurait si besoin. Aussi la mort ne tarde-t-elle pas à survenir, et la constatation d'une fistule iléo-vaginale, dans ces cas, peut-elle être considérée comme l'indice d'une mort prochaine.

En tenant compte de toutes ces restrictions, on pourrait dresser des fistules génito-intestinales le tableau suivant au point de vue de la mortalité.

1° *Fistules vaginales* : — traumatiques, 2 cas, 1 mort (Garmann), 1 guérie (Favera) ;

— puerpérales, avec hernie intestinale étranglée : 10 cas, 1 mort (Jones), 9 guérisons des accidents primitifs (Kiwisch, Veit, Birkett, Mac Keever, Gussenbauer, Casamayor, Roux, Bartels, Heine), mais 1 mort par tentatives opératoires (Roux) ;

— puerpérales, avec accidents inflammatoires : 8 cas, 1 mort (Thurnam), 7 guérisons des accidents primitifs (Verneuil, Jennings, Wood, Radfort, Breitzmann, Dahlmann, Simon) mais 2 morts des tentatives opératoires (Jennings, Simon) ;

— cancéreuse : 1 cas (Hufeland), mort ;

— avec kyste fœtal intermédiaire : 2 cas, 1 guérison spontanée (Colman), 1 mort (Müller), après opération.

2° *Fistules utérines*, après rupture dans l'accouchement : 3 cas, 2 morts (Percy, Dunn), 1 guérison (Pennel?) ;

— après accidents inflammatoires post-puerpéraux : 6 cas, 3 morts des accidents primitifs (Scharlau, Simpson, Davis), 3 guérisons (Lambron, Röseler, Morgan) ;

— après accidents inflammatoires non puerpéraux : 4 cas, 2 morts (Davey Ashwell), 2 guérisons (Skinner, Einbeck) ;

— cancéreuses : 3 cas, 3 morts (Forget, Dianoux, Husson).

Tel est le bilan actuel de la gravité des fistules intestino-génitales, non compris celles du rectum.

(*A suivre.*)

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Rapport de M. TERRIER sur deux observations du Dr Villeneuve (*suite*). — **Tumeur kystique de l'utérus. — Ablation, fistule stercorale consécutive. — Hémorrhagies répétées. — Rupture de la cicatrice. — Guérison.**

D..., 47 ans, probablement syphilitique, a présenté des troubles menstruels il y a trois ans, et n'est plus réglée depuis quatre mois; c'est depuis cette époque qu'elle s'est aperçue que son ventre grossissait.

Femme d'apparence robuste, facies ovarique, abdomen globuleux offrant une tumeur médiane arrondie, sans bosselures; parois chargées de graisse. La tumeur, qui remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, paraît fluctuante, mais seulement à gauche.

L'utérus est immobilisé par la masse morbide qui refoule les culs-de-sac. Par le toucher anal on constate l'existence d'une tumeur globuleuse et fluctuante.

L'hystéromètre ne pénètre qu'à 2 centimètres dans le col. Diagnostic: kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, ayant une grande poche à gauche et de plus petites à droite.

Une ponction faite à gauche le 28 juillet donna issue à environ 3 litres de liquide louche verdâtre, contenant des paillettes de cholestérine. Le liquide se reproduisit très rapidement, et l'intervention chirurgicale fut décidée.

L'opération chirurgicale fut faite le 20 septembre 1879 dans une petite maison près de la mer et à la campagne.

Incision médiane de 6 centimètres. L'épiploon fut divisé parce qu'on ne put le repousser en haut, probablement à cause d'adhérences. Le kyste mis à nu, et l'incision abdominale agrandie, on fait la ponction et on retire 5 litres de liquide verdâtre très albumineux (?) sans cholestérine. Des pinces à kyste attirent celui-ci au dehors, mais seulement en partie, car la tumeur tient vers le bassin.

Il existe un large pédicule, épais et aplati d'avant en arrière. Ce pédicule embrasse le sommet et le bord gauche de l'utérus. A gauche, le pédicule va en s'amincissant, mais il est plus dur et plus épais à droite, point où il s'arrête à l'angle utérin, fixé par des adhérences aux parties voisines. Ces adhérences, peu serrées, sont distinctes ; une bride vasculaire seule nécessita une ligature au catgut.

Au fond de ce pédicule, évasé en entonnoir, comprenant le haut et le côté gauche de l'utérus dans sa base, le doigt constata, surmontant et hérissant la matrice, une série de tumeurs globuleuses irrégulières, bosselées et très dures, qui firent penser à une néoplasie cancéreuse. Ces tumeurs, dont le volume varie depuis celui d'un marron jusqu'à celui d'une noisette, font corps avec la matrice et semblent la coiffer.

En présence de cette disposition, M. Villeneuve résolut d'enlever l'utérus. L'incision abdominale fut agrandie par en bas, jusque près du pubis ; on fit des tractions sur le pédicule, sur l'utérus, on le poussa par le vagin sans arriver à le faire saillir au dehors. Une série de pinces à mors plats de Nélaton sont fixées sur le pédicule, et aussi près que possible de sa base d'implantation ; puis, toutes ces pinces étant réunies en faisceau, on exerce des pressions alternatives qui étirent et allongent le pédicule en menaçant de le déchirer et de l'arracher, mais qui ne parviennent pas à attirer la matrice au dehors.

M. Villeneuve renonça alors à l'hystérectomie. Il sectionna circulairement les parois du kyste et en forma une sorte de pédicule qu'il tordit et traversa par une broche de fer. Une anse de deux fils de fer fut placée au-dessous, ce qui fut assez long à cause de la rupture de la première anse placée ; enfin le pédicule fut amené à l'angle inférieur de la plaie.

Toilette péritonéale. — On replace l'épiploon au-devant des intestins, manœuvre essentiellement classique et à laquelle M. Villeneuve attache à juste titre une grande importance. On fait trois sutures profondes enchevillées et des sutures superficielles avec des épingles à tête de verre.

Une couche de collodion, de l'ouate et l'attouchement du pédicule avec le perchlorure de fer, complètent le pansement. L'opération a duré 3 h. 20 m. Le kyste réséqué était uniloculaire, mais l'examen qu'en donne l'auteur est malheureusement incomplet.

Dépression profonde après l'opération (37° 4) ; au bout de vingt-

quatre heures, 39°; l'état général est mauvais, il y a des signes de péritonite et de rétention de matières septiques. Un drain est placé au-dessous du pédicule, à la partie inférieure de l'incision; on y pousse une injection phéniquée.

L'état général reste grave jusqu'au sixième jour. Hoquet, péritonisme; 39 degrés, 128 pulsations.

Le septième jour, amélioration, le pédicule est sphacélé, on sectionne les fils de fer et on désinfecte le cloaque pédiculaire avec du baume du Commandeur. Le soir, on constate que des matières fécales sont mêlées à la suppuration du pédicule. Il y a donc une fistule stercorale. Cette fistule persiste jusqu'au douzième jour. Alors survient à deux reprises une hémorrhagie qui anémie profondément la malade. On tamponne avec du perchlorure, et on laisse les choses en place, si bien qu'au bout de quatre jours, en levant le pansement, on constate une désunion telle de la cicatrice que M. Villeneuve en regarde le fond comme formé par l'épiploon granuleux; c'est grâce à lui que l'abdomen n'est pas largement ouvert.

Pansement avec le perchlorure de fer et le baume du Commandeur, ce qui n'empêche pas une nouvelle hémorrhagie vers le vingtième jour. L'état local et l'état général s'améliorent, mais fort lentement, car le quarantième jour il y avait encore de la diarrhée et un état saburral intense; localement, la plaie était réduite à un sillon peu profond et rempli de bourgeons charnus. A la partie inférieure de ce sillon, vers le pubis, on remarquait, il est vrai, une production noirâtre, qui n'était autre qu'une éponge oubliée là au moment où les hémorrhagies s'étaient montrées. Cette éponge enlevée, l'état général devint meilleur ainsi que l'état local, et la malade put se lever le cinquantième jour après l'opération.

Elle guérit avec une éventration qui laissait passer une masse assez considérable d'intestins, d'où des troubles graves. Une ceinture abdominale à pelote *ad hoc* améliora cet état.

Enfin, le 19 octobre 1882, c'est-à-dire plus de deux ans après l'opération, M. Villeneuve revit sa malade et, par le toucher vaginal, il constata une antéversion utérine; les culs-de-sac droit et antérieur sont remplis par une tumeur fluctuante, tumeur dont on avait constaté la présence il y a deux ans, c'est-à-dire après la guérison de l'opération.

M. le D[r] Villeneuve conclut qu'il a eu affaire à une tumeur kystique des parois utérines, éliminant le kyste de l'ovaire. Or, pour

nous, il s'agit bien d'un kyste de l'ovaire, kyste uniloculaire, ce qui est rare, ayant dédoublé les lames du ligament large gauche, d'où le pédicule adhérent au bord gauche de l'utérus.

Quelle est la nature des tumeurs péri-utérines sur lesquelles l'auteur ne s'explique pas trop? Nous pensons qu'il s'agissait simplement de fibromes ; et le non-développement de ces productions depuis l'opération plaide, avec l'apparition de la ménopause, en faveur de cette interprétation ; la malade n'a plus revu ses règles. Actuellement, il est vrai, il existe une collection liquide dans le cul-de-sac latéral droit, mais n'est-ce pas l'ovaire droit devenu kystique? Notons qu'il n'en est pas parlé dans l'observation, et peut-être ne l'a-t-on pas examiné lorsque l'abdomen était ouvert.

La production de la fistule stercorale est attribuable à quelque adhérence intestinale qui fut sans doute rompue par les tractions excessives faites sur les organes du petit bassin. M. Villeneuve insiste sur la précaution qu'il a prise d'étaler l'épiploon au devant des anses intestinales, précaution classique pour les ovariotomistes, ce qui, d'après lui, aurait sauvé la malade au moment de la désunion de sa plaie.

En présence de cette tumeur kystique ayant dédoublé le ligament large, que fallait-il faire?

Deux méthodes pouvaient être suivies : dans l'une d'elles, avec la portion du kyste adhérent au ligament et à l'utérus on constituait une sorte de pédicule, c'est ce qu'on a fait ; toutefois, il fallait laisser béante ou drainer la cavité kystique afin d'éviter les phénomènes de rétention du pus et des produits septiques ; l'autre méthode consistait à énucléer la paroi kystique des lames du ligament large, puis de réunir celle-ci par des points de suture, afin d'éviter le contact d'une trop large surface saignante avec les intestins, refermer ensuite l'abdomen, ce qui s'opposait au développement d'une partie des accidents signalés plus haut.

Dans tous les cas, l'ablation concomitante de l'utérus était contre-indiquée, vu sa gravité extrême et la possibilité de faire autrement.

Rapport, par M. Polaillon, sur un travail de M. Villeneuve (de Marseille) intitulé : **La dilatation préalable de l'urèthre dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.** Ce travail est basé sur deux observations.

Dans la première, il s'agissait d'une fistule profonde, grande

comme une pièce de deux francs, dont les bords avaient été transformés en tissu cicatriciel très dur par des cautérisations multipliées. M. Villeneuve dilata l'urèthre pendant huit jours avec une tige de laminaria, jusqu'à ce qu'il pût introduire facilement le doigt dans la vessie ; puis il procéda à l'opération par le procédé américain. Les lèvres de la fistule étant soulevées et soutenues par la pulpe de l'index gauche, il fut relativement facile de faire l'avivement et la suture. Au bout de cinq jours, les fils furent enlevés. La fistule était entièrement oblitérée, mais la malade eut de l'incontinence d'urine qui cessa sans traitement le vingt-deuxième jour après l'opération.

Dans la seconde opération, la fistule, très large, avait la forme d'un entonnoir, saillant du côté de la vessie. Dilatation de l'urèthre avec une tige de laminaria pendant un jour. Le lendemain, chloroformisation et introduction du doigt dans la vessie, puis opération. Le doigt soulève facilement les lèvres infundibuliformes de la fistule pour les présenter commodément, soit au bistouri, soit aux ciseaux et aux aiguilles à sutures. La patiente eut de l'incontinence d'urine seulement pendant neuf jours. La fistule fut guérie.

M. Villeneuve pense être l'inventeur de ce procédé. Mais avant lui on a souvent dilaté l'urèthre de la femme, brusquement ou lentement, soit pour extraire des calculs, soit pour explorer la vessie avec le doigt. Nos bulletins rapportent, dans la séance du 29 décembre 1880, un fait de M. Cruveilhier, qui pratiqua cette opération préalable dans le même but. Il y eut une incontinence d'urine qui dura huit jours.

Nous pensons avec M. Villeneuve que la dilatation de l'urèthre, préalable ou extemporanée, de manière à permettre l'introduction du doigt dans la vessie, peut rendre de grands services dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, ou de la fistule vésico-utéro-vaginale. Chez beaucoup de femmes, on peut d'emblée, pendant la chloroformisation, distendre l'urèthre avec le doigt assez fortement pour pénétrer dans la vessie. L'incontinence d'urine qui se manifeste d'ordinaire à la suite de cette opération supprime la nécessité d'une sonde à demeure. Mais la persistance de cette incontinence serait un grave inconvénient. (*Séance du 7 mars 1883.*)

R. CHENET.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

**Calcul vésical.** — M. Aveling rapporte l'observation d'une femme qui fut atteinte de rétention d'urine pendant quatre jours après son accouchement. On fut obligé de la sonder et de faire des injections dans la vessie. Trois semaines après, elle expulse le calcul, qu'il présente à la Société, et qui a été formé par exfoliation de la muqueuse vésicale. Quinze mois après, elle avait encore de l'incontinence d'urine; mais en dehors de cela et d'une fistule vésico-vaginale, son état général était bon.

M. Hopkins Walters a observé un cas semblable dû à la rétention d'urine qui dura quatre jours par suite d'une rétroversion de l'utérus gravide. Le calcul fut expulsé le sixième jour et la malade n'eut plus d'autre trouble vésical.

**Fibrome de l'ovaire.** — M. John Williams présente une tumeur ovarienne solide qu'il a enlevée. Elle était pyriforme, d'environ 75 millimètres de diamètre dans sa partie la plus large, et formée par du tissu fibreux blanchâtre, contenant des aréoles qui étaient le siége d'une dégénérescence mycoïde et dont le centre avait subi une transformation calcaire assez étendue.

**Tumeurs enlevées par la section abdominale.** — M. Bantock présente un kyste ovarien dermoïde, une pièce représentant un hydrosalpinx double et cinq fibromes utérins qu'il a enlevés par la section abdominale. Dans ces trois cas, les tumeurs, pesant sept, quatre et deux livres furent enlevées pour mettre un terme aux souffrances des malades. Dans un cas une hémorrhagie abondante l'obligea d'extirper les ovaires, ce qui fut suivi d'une métrorrhagie qui dura quatre semaines, en même temps que la tumeur diminuait de volume. Trois mois après l'opération l'utérus avait repris son volume primitif, l'hémorrhagie reparut et augmenta graduellement, c'est ce qui le décida à enlever la tumeur qui pesait trois livres et présentait une dégénérescence kystiforme. Dans le dernier cas, les ovaires avaient été enlevés un an auparavant par un autre chirurgien ; mais l'hémorrhagie n'en avait pas moins continué à être très abondante et la tumeur n'avait pas diminué de volume, c'est ce qui décida l'auteur à faire l'opération. Dans les cas analogues à ceux qu'il vient de rapporter,

l'oophorectomie ne peut pas être comparée à l'hystérectomie, car la dégénérescence kystiforme des fibromes utérins était aussi inévitablement fatale que les kystomes ovariens.

Il n'est pas d'avis que l'on ne doive faire l'hystérectomie qu'après que l'oophorectomie a échoué. Il ne croit pas que l'on retire grand bénéfice de la ligature des artères utérines, car la circulation collatérale qui s'établit vient annihiler les effets de l'opération. Jusqu'à présent il a pratiqué 22 hystérectomies et obtenu 20 guérisons.

M. Thornton est d'avis que les observations du Dr Bantock démontrent la valeur de l'oophorectomie. Dans chaque cas l'enlèvement des annexes de l'utérus n'a été qu'imparfaitement pratiqué, ce qui explique la persistance de l'hémorrhagie. De plus les tumeurs étaient en train de s'atrophier, car la formation kystique fait partie du processus dégénératif. Il a vu ces malades quand l'hystérectomie a été pratiquée et leur état de santé était si satisfaisant que, s'il n'avait pas constaté leur état antérieur, il n'aurait pu comprendre pourquoi on avait fait l'opération.

M. Savage dit que l'état des malades du Dr Bantock justifiait pleinement l'opération. La mortalité de 1 sur 11 est la même que pour l'ovariotomie. Il se déclare l'adversaire de l'opération de Battey.

M. Doran pense que, pour que l'on puisse juger les deux opérations, il faut connaître les résultats de longues séries d'observations.

M. Routh n'admet l'oophorectomie que comme dernière ressource.

M. Wynn Williams a envoyé au Dr Bantock deux de ses malades et considère l'opération comme justifiée dans chaque cas.

M. Bantock dit que les hémorrhagies étaient tellement abondantes qu'elles suffisaient à justifier l'opération.

L'examen des pièces a prouvé que les ovaires avaient été enlevés en totalité.

**Polypes utérins.** — M. Wynn Williams présente deux polypes utérins, l'un fibreux, l'autre muqueux avec des tractus fibreux.

M. Bantock fait remarquer que dans le second cas, la tumeur avait été prise une fois pour une inversion utérine.

**Version dans les rétrécissements du bassin.** — M. Burchell lit un travail sur ce sujet. Il décrit une classe de cas où, après plusieurs accouchements normaux, le travail finissait par devenir difficile. Il a rencontré 45 de ces cas sur 8000 accouchements. Il attribue cette dif-

ficulté progressive dans le travail de l'accouchement à la formation de dépôts osseux au niveau du promontoire. Dans ces cas le forceps échoue souvent et il faut recourir à la craniotomie. Il croit que l'on ferait mieux de recourir à la version. Sur 45 cas où il a agi ainsi, il a sauvé 38 enfants. Cette pratique est, croit-il, nouvelle et ses avantages encore inconnus.

M. ROBERT BARNES a souvent fait la version dans les cas de faibles rétrécissements du bassin, quand autrefois on aurait eu recours au forceps et à la craniotomie. Aujourd'hui il commence à croire que, dans certains cas, le forceps Tarnier n'est pas supérieur aux autres.

M. CHAMPNEYS explique que la difficulté croissante que l'on rencontre dans les accouchements successifs est due au volume croissant des enfants et à la diminution des forces de la mère. La diminution progressive du bassin n'a jamais été démontrée par des mensurations.

(*Séance du* 8 *mars* 1883.) Paul RODET.

---

# REVUE DES JOURNAUX

**Polype fibreux avec inversion partielle de l'utérus**, par THADDEUS A. REAMY. — La malade qui fait le sujet de cette observation est une jeune fille de 28 ans, vierge, d'une constitution robuste ; réglée à 16 ans, elle l'a toujours été depuis régulièrement jusqu'à l'âge de 25 ans. A partir de cette époque, les menstruations furent plus abondantes, se prolongèrent, et enfin devinrent ménorrhagiques. Dans l'intervalle elle avait un écoulement irritant et se plaignait de douleurs abdominales et pelviennes. Son état général devint moins bon, elle pâlit, s'émacia, fut prise d'une toux presque continue et fut obligée de garder le lit. Au mois de février 1881, elle fut prise de douleurs comparables à celles du travail de l'accouchement qui revêtirent promptement un caractère paroxystique. Après avoir éprouvé pendant huit ou dix heures des douleurs expultrices, elle eut une hémorrhagie abondante, suivie de syncope ; quand elle revint à elle, ses douleurs avaient relativement disparu, mais elle éprouvait un sentiment de distension dans le bassin et le périnée avec pression

sur la vessie et le rectum. En l'examinant on découvrit une tumeur dans le vagin qui fut considérée comme un utérus inversé ou comme un fibrome, cependant cette dernière opinion prévalut. Sous l'influence d'injections astringentes et d'un régime tonique, la malade put aller à Cincinnati, c'est-à-dire faire 60 lieues en chemin de fer.

Le Dr Reamy constata une tumeur située dans le vagin qu'elle remplissait tellement qu'il était impossible de faire une exploration convenable.

Son volume fut considéré comme presque égal à celui d'une tête fœtale à terme et il était très difficile de la repousser un peu en haut; on n'y arrivait qu'à l'aide d'une pression assez forte. Elle était indolente, mais saignait au moindre toucher. On administra de l'éther à la patiente et en introduisant deux doigts dans le rectum, tandis que de l'autre main on déprimait la paroi abdominale, on put ainsi explorer le fond de l'utérus, qui parut être ovoïde et non cupuliforme.

Par le vagin on constata que le col entourait un pédicule très court et épais d'environ 5 centimètres. On posa alors le diagnostic de polype fibreux, mais l'on ne reconnut pas l'inversion partielle de l'utérus.

On passa la chaîne de l'écraseur autour du pédicule, mais celle-ci se trouvant tordue se rompit fort heureusement, sans quoi le fond de l'utérus aurait été sectionné. On excisa le polype avec des ciseaux et on examina ensuite la région opérée. La sonde pénétrait à 4 centimètres de profondeur; le pédicule était convexe et ne présentait pas la même texture que la tumeur, ce qui rendait désormais le diagnostic absolument clair. On introduisit la main dans le vagin et l'on replaça la portion d'utérus inversé. La patiente resta au lit une semaine, au bout de laquelle elle put retourner chez elle. Depuis elle s'est toujours bien portée.

M. Sims cite deux cas où l'on mit d'abord à nu la tumeur en incisant le périnée, ce qui permit d'en faire ensuite l'énucléation.

M. Barker a fait un certain nombre d'opérations et a souvent été obligé d'inverser partiellement l'utérus pour arriver à extraire les tumeurs. Dans un cas il dut avoir recours à la pince, après avoir incisé le périnée de chaque côté. La tumeur avait un pédicule court, son épaisseur était de 585 millimètres, et se reconnaissait facilement par la différence de couleur des tissus. Elle avait presque la

dureté du cartilage et, quand on l'eut coupée avec des ciseaux, l'utérus reprit sa forme normale; cependant le fond conserva une légère dépression. La malade guérit.

M. Goodell communique une observation analogue à la précédente. Malgré les incisions latérales, il y eut une rupture du périnée, il est vrai que la femme n'était pas mariée; il énucléa promptement la tumeur et sutura le périnée. La guérison se fit bien.

M. Byrne préfère se servir du galvano-cautère pour l'enlèvement de ces sortes de tumeurs.

M. Mary Jacobi recommande l'emploi de la curètte à dents de scie du Dr Thomas, dont il a constaté l'utilité à différentes reprises; il est rare que l'hémorrhagie oblige à recourir à l'écraseur ou fil caustique.

M. Reamy a trouvé parfois de gros vaisseaux dans le pédicule et il n'est pas exact de dire que ceux-ci ne se rencontrent que dans la muqueuse. (*Transactions of the American Gynecological Society*, vol. VI, 1881.)

Paul Rodet.

---

**Des kystes qui se rompent dans la cavité abdominale**, par William Goodell. — Ce travail repose sur l'observation de trois cas, où l'on avait cru avoir affaire à des kystes extra-ovariens et où ces kystes présentèrent une disposition particulière à se rompre par suite de la minceur de leurs parois et où le liquide se reforma rapidement dans leur cavité. Dans la première observation, il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, mère de trois enfants, qui vint consulter l'auteur, le 26 juillet 1879. Elle portait une tumeur fluctuante de la grosseur d'une tête d'adulte, située dans le bas-ventre en avant de l'utérus. Le 25 septembre, aspiration de la tumeur et évacuation de près de 9 litres de liquide sanguinolent, que l'examen fit reconnaître comme non ovarien. Le 6 octobre, le kyste se remplit rapidement. Le 8 novembre, on allait procéder à une nouvelle ponction quand la malade se plaignit de coliques, et en explorant l'abdomen on ne découvrit plus trace de tumeur; le kyste s'était rompu, une heure auparavant, par suite d'un mouvement que la malade avait fait pour se baisser. Pendant quelques jours elle accusa de violentes douleurs abdominales et elle urina très abondamment. Le 21 janvier 1880, on retira 11 litres de liquide; le 13 février, il y eut une seconde rupture spon-

tanée. On fit ensuite des ponctions les 21 mars, 21 avril, 18 mai et 18 juin, en retirant chaque fois de 9 à 12 litres de liquide. Elle alla passer l'été à la campagne, et là on lui fit deux ponctions après lesquelles le kyste se rompit deux fois. Revenue chez elle, on la ponctionna les 6 et 29 novembre et enfin on enleva la tumeur le 18 décembre 1880; la guérison se fit sans encombre. Ce kyste fut reconnu comme extra-ovarien; il y avait eu 4 ruptures et 10 ponctions. Le liquide, au lieu d'être incolore et limpide comme celui des kystes de cette nature, présentait une teinte verdâtre.

Tandis que les kystes extra-ovariens se développent lentement et peuvent être guéris par une simple ponction, les kystes qui se rompent ont une tendance marquée à se reformer plusieurs fois. Les kystes ovariens peuvent se rompre par suite de compression ou d'ulcération et déterminer une péritonite suraiguë sous l'influence de leur liquide irritant. Aussi l'auteur fait remarquer qu'il est logique de penser que lorsqu'une malade se rétablit, après la rupture d'un kyste, c'est que cette tumeur était extra-ovarienne. (*Transactions of the American Gynecological Society*, vol. VI, 1881.)

Paul Rodet.

---

**Note sur certains cas d'épanchements pelviens, aboutissant à la formation d'abcès**, par G. Lyman. — Le nombre des observations rapportées dans ce travail est de quarante et une. Les malades qui en font l'objet ont été soignées à City Hospital de Boston, de 1875 à 1880. Pendant cette période, l'auteur eut l'occasion d'observer 146 cas d'épanchements pelviens, parmi lesquels 41 seulement se terminèrent par des abcès. Le but de M. Lyman est de faire ressortir l'importance qu'il y a à pratiquer de bonne heure la ponction vaginale et de faire des irrigations phéniquées afin d'empêcher que ces collections purulentes ne se fassent jour à travers le rectum, la vessie ou l'aine. De cette façon la malade court moins de dangers et guérit plus vite. Parmi ces 41 cas, il y en eut 11 qui s'ouvrirent spontanément dans le rectum et seulement 3 dans le vagin.

« Il est à peine nécessaire de dire que la simple présence d'un épanchement ne suffit pas pour autoriser une intervention chirurgicale.

« Si l'on intervient trop promptement dans le cas d'hématocèle ou

de kyste extra-utérin, on arrive à provoquer la formation du pus, ce qu'il faut précisément éviter.

« Quand l'existence du pus est démontrée d'une façon absolue, l'intervention doit être la règle; et, dans les cas obscurs, il est très important d'arriver à faire promptement un diagnostic certain. »

Dans les cas douteux, l'auteur conseille de faire une ponction capillaire. Quand il y a une ouverture dans le rectum, il faut, si cela est possible, faire une contre-ouverture dans le vagin; on pourra ainsi faire plus facilement le drainage et hâter l'oblitération de la fistule rectale.

« Dans tous les cas où l'écoulement est fétide, on arrivera rapidement à diminuer la douleur et à abaisser la température et le pouls en faisant des irrigations phéniquées, ou des lavages avec le permanganate de potasse et, si l'écoulement continue à être aussi abondant, l'application directe de teinture d'iode hâte la guérison. Quand les injections sont faites avec prudence, il y a moins de danger de rupture que si l'on abandonne la maladie à elle-même. Si l'écoulement est inodore, il faut ne faire des injections dans le kyste qu'avec beaucoup de précaution, et à de plus longs intervalles, car la distension répétée du sac peut mettre obstacle à sa rétraction ou même déterminer une rupture. »

Sur les 41 cas qui sont rapportés, il y avait 28 femmes mariées et 13 célibataires.

32 recouvrèrent la santé et 9 moururent. L'aspiration par le vagin fut faite dans 24 cas et donna 22 guérisons; l'évacuation par le rectum dans 7 cas avec 1 mort; par le vagin dans 4 cas avec 1 mort; aucune intervention ni ouverture spontanée dans 5 cas avec 4 morts; dans 1 cas l'ouverture se fit spontanément dans l'aine et le rectum: la malade mourut; dans 1 cas elle se fit par le vagin et le rectum, et la malade guérit. (*Transactions of the American Gynecological Society*, vol. VI, 1881.)

Paul RODET.

---

**Erysipèle survenant dans la grossesse sans péritonite puerpérale, par HENRY CAMPBELL.** — L'auteur rapporte un cas qu'il a observé au mois de juin 1872, époque à laquelle sa malade étant enceinte de plus de huit mois, fut prise d'un érysipèle grave de la face. On lui administra de la quinine à haute dose et peu de temps après elle don-

nait le jour à un enfant chétif, atteint d'ictère, qui mourut au bout de quatre jours. On continua a lui administrer pendant une semaine encore 60 centigrammes de sulfate de quinine par jour. L'érysipèle disparut peu à peu et le neuvième jour elle quittait le lit sans avoir eu de complications puerpérales sous l'influence de l'érysipèle. L'auteur rapporte un autre cas, qui se termina par la mort. La malade était à une époque avancée de la grossesse quand elle fut prise d'un érysipèle de la face assez grave qui provoqua un travail prématuré quelques jours après. L'accouchement fut suivi de péritonite puerpérale et la malade mourut. Dans la première observation, l'auteur fait remarquer qu'il ne *toucha* pas la femme et que la sage-femme ne se livra à aucune manœuvre.

M. Mary Putnam Jacobi dit que si la première malade a échappé à la péritonite puerpérale, c'est que l'érysipèle est primitivement une affection du système lymphatique et peut rester limité à ce système sans qu'il y ait infection générale; aussi, comme il n'y a pas de rapports anatomiques entre l'érysipèle de la face et l'utérus, la plaie placentaire de ce dernier ne se trouvait pas exposée au poison.

M. Goodell a observé deux cas où l'erysipèle se déclara très peu de temps après le travail et la guérison arriva dans les deux cas; il attribue cela à ce que l'érysipèle était pour ainsi dire une manifestation cutanée qui empêche la maladie d'atteindre les organes internes.

M. Smith a eu dans son service un des deux cas rapportés par le Dr Goodell. L'érysipèle était phlegmoneux et s'était développé un jour ou deux après l'accouchement. Les parties atteintes etaient la cuisse, l'abdomen, la vulve et plus des deux tiers de la surface du corps. Il n'y avait pas de signe de péritonite puerpérale. Le Dr Smith ne pratiqua pas le toucher vaginal et il put, pendant qu'il donnait ses soins à cette malade, accoucher trois autres femmes, en prenant la précaution de tremper ses mains dans des solutions antiseptiques. D'après lui cela prouve que la fièvre puerpérale est essentiellement contagieuse et non infectieuse.

M. Lyman a accouché une femme qui se rétablit parfaitement après avoir eu un érysipèle ainsi que son mari qui occupait la même chambre. Il croit, comme le Dr Jacobi, que si les accouchées échappent aux conséquences de l'érysipèle, c'est qu'il n'y a pas de connexion anatomique entre le siège de l'érysipèle et l'utérus.

M. Ellwood Wilson a une grande confiance dans les antiseptiques

comme moyen prophylactique contre l'érysipèle et la scarlatine chez les nouvelles accouchées. Il s'est servi du permanganate de potasse et d'huile phéniquée et souvent il a dû aller voir, dans une même journée, des enfants atteints de scarlatine et des femmes qui venaient d'accoucher. Il ne se rappelle qu'un seul cas où la malade eut des symptômes de septicémie, mais guérit néanmoins.

M. Barker partage l'opinion de M. Jacobi. Il croit que le grand sujet de contagion de l'érysipèle réside dans l'écoulement purulent, et que la contagion est bien moindre quand l'affection est superficielle. (*Transactions of the American gynecological Society*), vol. VI. 1881.)

Paul Rodet.

---

**De l'expansion de la vessie sur les tumeurs abdominales, son adhérence à celles-ci ou aux parois abdominales comme complication de la laparotomie**, par Gaillard Thomas. — Le Dr Eustache, de Lille, a publié en 1880, une monographie sur les lésions des organes urinaires pendant l'opération de l'ovariotomie, où il présente dix observations, dont l'une rentre dans la catégorie des cas cités par G. Thomas ; la malade qui en fait le sujet guérit. Il en cite 6 autres, avec 4 morts et 2 guérisons. M. G. Thomas rapporte 8 autre cas, dont un lui est personnel. Dans ces cas le point d'attache ne ressemble pas aux adhérences que l'on trouve d'habitude dans le cas de tumeurs ovariennes, mais est assez ferme et intime pour en rendre la séparation impossible, à moins de déchirer la vessie.

Généralement les choses se passent de la façon suivante : la vessie contracte des adhérences quand la tumeur est petite et, quand celle-ci s'accroît, elle se trouve refoulée graduellement en haut, et dans quelques cas sur les côtés, au point qu'elle recouvre toutes les parties qui se trouvent sous la main quand on explore l'abdomen. Dans d'autres cas, qui sont peut-être les plus fréquents, la vessie est simplement allongée et ressemble à la peau d'un gros saucisson. En tous cas, il y a fort à craindre que la vessie ne soit transfixée par le trocart, ce qui aurait pour conséquence la mort de la patiente.

Voici un résumé des cas mentionnés par l'auteur.

I. — Dr Bergman (*Petersburger, medicinische Zeitschrifft*, 1869). — Incision de 35 millimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'à 75 millimètres au-dessus du pubis ; vessie ouverte en faisant la section du péritoine, cet organe était long et étroit. La tumeur était polykystique et

ne put être enlevée; la plaie vésicale fut fermée à l'aide de sutures de soie; la malade mourut au bout de treize heures.

II. — Dr STILLING (*Deutsche Klinik*, 1869). — Pas de cavité péritonéale appréciable, ponction de la vessie qui était allongée et repoussée à gauche. Tumeur ovarienne polykystique enlevée partiellement, plaie vésicale fermée avec des sutures d'argent; mort en quinze minutes.

III. — Dr RICHARD NEALE (*Med. Times and Gazette*, 28 nov. 1868). — Quand on ouvrit le péritoine, la tumeur sembla recouverte par une autre séreuse altérée. On ne continua pas l'opération en raison des adhérences fermes et étendues, et l'on referma la plaie. Le lendemain l'urine s'écoula par la plaie et l'on trouva la vessie incisée sur une longueur de 35 millimètres. Vingt-six jours après il restait une fistule urinaire; on ouvrit la plaie abdominale, on sutura la vessie et on referma la plaie externe. Il resta une petite fistule. La malade mourut six mois après d'un fibrome dur.

IV. — Dr MONTROSE, A. PALLEN, Saint-Louis, 1868. — On essaya de faire l'ovariotomie, et après que le kyste fut vidé, on reconnut l'impossibilité de vaincre les adhérences de la vessie, du rectum, etc... Les parois du kyste furent suturées aux bords de l'incision abdominale et l'on renonça à l'opération. La malade mourut cinq jours après de péritonite généralisée et l'on trouva des adhérences si intimes du kyste à la vessie, à l'utérus et au rectum, qu'il fut impossible de les détacher. La vessie mesurait 22 centimètres de long et à peu près autant de large.

V. — Dr X..., aidé par le Dr Gaillard Thomas. — Il s'agissait d'enlever un fibrome utérin volumineux. Une masse d'apparence musculaire recouvrait la tumeur et atteignait l'ombilic. Croyant que c'étaient des fausses membranes, on les détacha, et quand on arriva au pubis on reconnut que c'était toute la paroi antérieure de la vessie qui avait été séparée. On sutura les parois vésicales avec de la soie et la plaie abdominale avec des fils d'argent. La malade mourut au bout de quelques heures.

VI. — Dr LEROY MAC LEAN (*Med. Record*, 8 fév. 1879). — Kyste multiloculaire vidé par aspiration avant l'opération. Incision abdominale, enlèvement de la tumeur, après quoi on reconnaît que la vessie qui était adhérente à la paroi abdominale, mais non à la tumeur, avait été incisée. Sutures vésicales et abdominales.

Mort en trente heures.

Pas trace de péritonite, vessie cicatrisée, pas d'urine dans la cavité abdominale, adhérence de la vessie à la paroi si ferme qu'elle se déchire quand on essaie de la séparer.

VII. — Dr Noeggerath (*Mont Sinai Hospital*, 18 octobre 1880). — Impossible de trouver de revêtement péritonéal sous l'incision abdominale ; ponction de la tumeur qui donne issue à un plein seau de matière colloïde. Adhérences très étendues entre la tumeur et les parois abdominales ; incision dans une cavité kystique qui remontait jusqu'à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic ; on reconnaît qu'on a ouvert la vessie et on la suture avec du catgut. On prolonge alors l'incision au-dessus de l'ombilic ; la malade pâlit tout d'un coup ; on trouva le kyste plein de sang ; on lia une masse molle dans une des poches de la tumeur, et l'on arrêta l'hémorrhagie. On ne continua pas l'opération en raison de l'étendue des adhérences et de l'état de prostration de la malade. Trente-six heures après la malade mourait de septicémie et d'anémie.

VIII. — Dr Gaillard Thomas, novembre 1880. — Dans ce cas le chirurgien soupçonna la présence de la vessie au-dessus de la tumeur et son adhérence intime à celle-ci. Il ne put pas la délimiter, malgré l'introduction d'un cathéter, mais il reconnut qu'elle remontait au-dessus de l'ombilic. Au moment où il allait renoncer à l'opération, il conçut un plan, qui lui permit de déterminer les limites de la vessie et ainsi de la disséquer et de la séparer de la tumeur. Ouvrant ce viscère de façon à y introduire deux doigts, il put facilement en fixer les limites et le séparer de la tumeur en détachant les adhérences.

La tumeur fut ensuite ponctionnée, enlevée, le pédicule lié. La plaie vésicale fut suturée avec les parois abdominales afin d'assurer l'évacuation de l'urine au dehors. La malade guérit. Il resta une petite fistule urinaire qu'on fit cesser à l'aide d'une légère opération.

IX. — Dr Eustache (*Archives de Tocologie*, 1879 et 1880). — Adhérences étendues, vessie anormalement allongée. En faisant l'incision, il s'écoule une grande quantité d'urine dans la cavité abdominale. On l'enlève avec soin, on suture la vessie avec du catgut. La malade guérit en deux semaines.

Dans la discussion qui suivit, on fit l'éloge de l'opération de Gaillard Thomas, dont on reconnut l'innocuité.

Il existe 22 observations dans lesquelles on rapporte que la vessie

a été ouverte, on compte 14 morts et 8 guérisons. (*Transactions of the American Gynecological Society*, vol. VI, 1881.) Paul Rodet.

---

**Deux cas de grossesse avec hymen intact**, par Brill. — On constata l'existence d'une grossesse chez une paysanne de 18 ans ; on voyait encore l'hymen avec une ouverture ronde, de la largeur d'un pois, dans la partie supérieure. Les bords étaient unis, un peu tuméfiés, mais nullement déchirés ; après l'exploration digitale, il y eut deux déchirures à la partie inférieure de l'orifice. La nuit suivante, apparition des douleurs et accouchement au forceps.

Brill donne également l'observation inédite suivante, recueillie à la clinique de Kharcoff.

On avait constaté chez une malade les symptômes objectifs de la grossesse ; comme dans le premier cas (la jeune fille niait absolument être enceinte), il y avait une membrane hymen avec une ouverture ronde par laquelle ne pouvait pas passer une tête d'épingle. On fit une incision longitudinale dans la membrane et l'exploration digitale confirma les soupçons antérieurs de grossesse, cinq jours après l'opération, accouchement prématuré au sixième mois.

Brill classe les cas de grossesse avec membrane hymen intact en trois catégories : 1° hymen lâche, facilement dilatable, avec large ouverture ; 2° ouverture si petite que l'introduction du pénis est impossible, mais que dans l'acte du coït, la membrane distendue, mais non déchirée, rentre dans la lumière du vagin ; 3° il suffit qu'une partie de la semence, déposée à l'entrée du vagin en avant de l'hymen, pénètre ensuite par l'orifice dans le vagin et de là dans le col. Les deux cas décrits appartiennent d'après l'auteur à la troisième catégorie. Par suite, paraît-il, des habitudes de la jeunesse russe, de pareils faits sont assez fréquents. (*Deutsche Mediz.-Zeitung.*, 1882, n° 42.)

A. Veillard.

---

**Pourquoi les parturientes supportent-elles si bien le chloroforme?** par le Dr F. Barnes. — On a dès longtemps reconnu que, dans la pratique obstétricale, le chloroforme donne moins d'accidents mortels que dans la chirurgie. Cette immunité relative est due, d'après F. Barnes, à l'hypertrophie du cœur, à la distension des veines déjà

existantes et à la formation de nouvelles veinules. La quantité du sang est augmentée. « Lorsque le chloroforme produit une syncope fatale il agit par son action dépressive sur le cœur; plus le cœur est faible, plus aisément il succombe à l'action paralysante du chloroforme: cela est connu. » Si le cœur est fort, comme il l'est dans l'état d'hypertrophie qu'il acquiert dans la grossesse, il lutte plus avantageusement contre le chloroforme. « Je crois précisément que c'est pour cela qu'il n'est pas affecté par le chloroforme. » (*British medical Journal*, 1882, t. II, p. 788.) A. CORDES.

---

**Présentation du front, des extrémités supérieures et inférieures**, par le Dr SMITH, de Cambridge. — L'auteur considère ce cas comme unique :

Mme C.. le fait appeler pour son quatrième accouchement ; lorsqu'il arrive, le Dr Smyth apprend que la poche s'est rompue trente-quatre heures auparavant, sans douleurs. Quatre heures après la rupture, les contractions ont commencé, et chaque douleur amène l'expulsion d'un peu d'eau. Dilatation complète. Il perçoit la partie supérieure de la face et au moins deux extrémités, un pied et une main. Il soupçonne une grossesse gémellaire et appelle le Dr Dobbin qui partage son idée. Les deux médecins décident d'essayer de convertir la présentation frontale en une présentation occipitale. Smith réussit à abaisser l'occiput et à fléchir la tête; à chaque douleur, il repousse les extrémités fœtales qui procident, et réussit à les maintenir réduites. Enfin l'enfant vient au monde et on peut voir la nature du cas. Les genoux étaient étendus et les cuisses fortement fléchies (1), de sorte que les pieds touchaient la face du fœtus; les bras étaient disposés de telle façon que les mains se trouvaient placées sur les deux côtés de la tête. L'enfant, qui a survécu, est venu environ trois semaines avant son terme. (*Brit. Med. Journ.*, 1882, t. II, p. 633.) A. CORDES.

---

(1) Robert Barnes, dans ses *Opérations obstétricales*, p. 153 de la Traduction française, a représenté ce cas. (A. C.)

# VARIÉTÉS

— **Les accoucheurs des hôpitaux.** — La librairie Germer-Baillière vient de publier un factum *anonyme* intitulé : « Les Concours des Hôpitaux en 1883 ».

Ce factum anonyme, quelques articles qu'on a fait publier dans les journaux politiques, le *Figaro*, le *XIXe Siècle* du 1er mai, renferment des erreurs et des insinuations calomnieuses contre les Accoucheurs des hôpitaux.

Voici la vérité :

Dans un premier rapport (1878) fait au nom d'une commission composée de :

MM. Trélat, Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker;
Tarnier, Chirurgien en chef de la Maternité.
Guéniot, Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés ;
Millard, Médecin de l'hôpital Beaujon ;
Siredey, Médecin de l'hôpital Lariboisière ;

M. Siredey, rapporteur, déclare « que les Accoucheurs seront assimilés aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux et jouiront des « mêmes prérogatives que tous les chefs de service. C'est à cette proposition que la commission s'est unanimement ralliée. »

Dans un second rapport (1881), M. Siredey dit encore que « la « commission s'est préoccupée avant tout d'assurer chez les candidats des garanties de savoir analogues à celles que fournissent les « médecins et les chirurgiens. En outre, elle a cherché à établir une « harmonie aussi grande que possible entre les épreuves des Accoucheurs et celles des chirurgiens : elle en a adopté le même nombre « et les a divisées comme pour les concours de tous les chefs de service en deux séries. »

Un arrêté de M. le Sénateur, Préfet de la Seine, en date du 26 décembre 1881, dit : « Il est créé, pour les services d'accouchement « dans les hôpitaux et pour les services d'accouchement chez les « sages-femmes agréées, un ordre nouveau de praticiens, qui prendront le titre d'accoucheurs des hôpitaux. »

Enfin, M. le Directeur général de l'Assistance publique, avec l'approbation du Conseil de surveillance, a déclaré que les Accoucheurs, « nommés au concours, se trouvent dans les conditions prescrites « par l'art. 6 de la loi du 10 janvier 1849, et prendront rang, dans le « personnel médical des établissements hospitaliers, à la suite des « Médecins et des Chirurgiens. »

Si les Accoucheurs n'avaient pas dû avoir dans les hôpitaux cette situation qui en fait les collègues des Médecins et des Chirurgiens des hôpitaux, ils déclarent qu'aucun d'eux n'aurait pris part au concours. Ils aiment à croire que, dans des conditions analogues, les Médecins et les Chirurgiens des hôpitaux auraient cru de leur dignité d'agir ainsi.

Depuis le mois de novembre dernier, les Accoucheurs, au nombre de quatre, ont été chargés par l'Administration d'organiser les services qui leur étaient confiés, de faire les accouchements laborieux dans tous les hôpitaux (sauf trois), de surveiller les accouchements chez les sages-femmes agréées qui sont dispersées dans tout Paris et d'y pratiquer les opérations nécessaires. Ils n'ont pas reculé devant cette lourde tâche, ils y ont sacrifié bien des journées et bien des nuits.

Ils continueront à consacrer leur temps à soigner les femmes et les enfants que l'Administration de l'Assistance publique leur confie ; ils ne le perdront pas à réfuter des insinuations calomnieuses et anonymes. Ils ont mieux à faire, on le voit.

P. Budin, ancien interne en médecine et en chirurgie,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Accoucheur de la Charité.

Ch. Porak, ancein interne en médecine et en chirurgie,
Ancien Chef de clinique adjoint à la Faculté,
Accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

A. Pinard, ancien interne en médecine et en chirurgie,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

A. Ribemont, ancien interne en médecine et en chirurgie
Ancien chef de clinique de la Faculté.
Accoucheur de l'hôpital Tenon.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

## (GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

*Leçons cliniques sur les maladies des femmes, thérapeutique générale et application de l'électricité à ces maladies*, par le Dr A. Tripier. 1 vol. in-8 de 600 pages avec figures dans le texte. Prix : 10 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*De l'hystérie gastrique*, par le Dr Deniau, ancien interne en médecine. 1 vol. in-8 de 190 pages. Prix : 4 francs. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*Comment on prévient la lacération du périnée*, p. le Dr Harman. (*Ohio med. Journ.*, juin 1882.)

*De la présentation de l'abdomen*, par le Dr Marchionneschi. (*Annali di Ostetr. Ginecol. et Pediatria*, septembre 1882.)

*Des applications de la compression dans les affections de l'utérus, des ovaires et des organes péri-utérins*, par le Dr Taliaferro. (*Atlanta med. Register*, septembre 1882.)

*Vingt cas de kystes ovariens traités par l'électrolyse*, par le Dr F. Semeleder. (*Americ. Journ. of obst.*, juillet 1882, p. 513.)

*Traitement abortif des abcès mammaires*, par le Dr E. Noble. (*Atlanta medical Register*, oct. 1882.)

*Diagnostic et traitement de l'inflammation chronique de l'ovaire*, par le Dr L. Tait. (*Amer. Journ. of obstetr.*, juillet 1882, p. 546.)

*De la narcose dans l'ovariotomie et l'opération césarienne*, par le Dr Johnen. *Centralblatt f. Gynäk.*, n° 40, 1882.)

*Observation d'ovariotomie chez un enfant; guérison*, par le Dr Chenoweth. (*Amer. Journ. of obstetr.*, juillet 1882, p. 625.)

*Des tumeurs ovariennes compliquant la grossesse*, par le Dr Lomer. (*Centralbl. für Gynäk.*, XIX, 2, 1882.)

*Effets des déviations antérieures de l'utérus sur la grossesse et la parturition*, par le Dr Gehrung. (*Amer. Journ. of obstet.*, juillet 1882, p. 690.)

*Le gérant :* A. Leblond

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT.
A. DAVY, Sucr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1883

# TRAVAUX ORIGINAUX

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANENCÉPHALIE.

### DIAGNOSTIC PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT (1).

**Par le Dr Joseph Laulaigne,**
Ancien interne des hôpitaux civil et militaire d'Angers, lauréat de l'École de médecine d'Angers et de l'administration des hospices de la même ville.

INTRODUCTION.

Pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu d'Angers, nous avons eu l'occasion d'observer un cas intéressant d'anencéphalie: il s'agissait d'un fœtus anencéphalien, genre dérencéphale.

C'est cette observation qui nous a donné l'idée de ce travail. M. le Dr Pinard et M. le Dr Guichard d'Angers ont bien voulu nous communiquer des observations intéressantes sur le même sujet; qu'ils en reçoivent ici tous nos remerciements.

(1) Thèse inaugurale.

Le sujet que nous allons aborder présente un point de vue tout nouveau, celui du diagnostic de l'anencéphalie ; les tératologistes, en effet, ont à peine indiqué cette question pratique, et les nombreuses observations d'anencéphaliens, publiées jusqu'à ce jour, traitent presque exclusivement de l'anatomie et de la physiologie de ces monstres. Nous n'avons pas la prétention de combler cette lacune ; nous voulons seulement attirer l'attention sur cette question, heureux si, par les quelques matériaux que nous avons réunis, nous pouvons être utile à ceux qui, plus favorisés que nous, pourront compléter dans la suite l'étude de ce sujet.

### DIVISION.

Nous diviserons l'étude du sujet en trois parties : dans la première nous présenterons quelques considérations générales sur l'anencéphalie, surtout au point de vue de sa pathogénie.

Dans la seconde partie, nous citerons les observations nouvelles que nous avons recueillies ; puis nous analyserons au point de vue du diagnostic quelques-unes des observations déjà publiées et nous en déduirons les signes qui permettent d'établir le diagnostic pendant la grossesse.

Dans une troisième partie nous indiquerons le diagnostic de l'anencéphalie pendant l'accouchement ; enfin nous poserons quelques conclusions.

## CHAPITRE I

### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ANENCÉPHALIE

Dans la classification d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, classification qui date de l'année 1837, les Anencéphaliens constituent la troisième famille de la troisième tribu des monstres unitaires autosites. Cette famille se divise en deux genres : les Dérencéphales et les Anencéphales.

Les Anencéphales sont caractérisés par l'absence totale de

l'encéphale et de la mœlle épinière; aussi Ollivier d'Angers, dans son *Traité des maladies de la moelle épinière*, leur a-t-il donné le nom d'Amyélencéphales.

Quant au mot Dérencéphale, employé d'abord par Etienne Geoffroy-Saint-Hilaire pour désigner un groupe de monstres dont le cerveau imparfait était placé sur le cou, il servit à Vincent Portal pour dénommer un genre de monstres privés d'encéphale et de la partie cervicale de la moelle. C'est donc une contraction du mot Déranencéphale (V. Portal, *Annales des sciences naturelles*, T. XIII).

Ces monstres sont atteints de spina-bifida s'étendant chez les anencéphales à tout le canal rachidien et se bornant chez les dérencéphales à la partie de ce canal dont la moelle est absente. On remarque souvent aussi d'autres anomalies, telles que fissures du palatin, déviations du rachis, absence de plusieurs vertèbres, éventration, etc.

Nous ne séparerons pas l'étude de la dérencéphalie de celle de l'anencéphalie, car au point de vue obstétrical la différence n'est pas sensible, l'anencéphalie n'étant pour ainsi dire qu'un degré plus avancé de dérencéphalie.

Les anencéphaliens présentent une forme générale et une physionomie particulière pour la description desquelles nous renvoyons aux observations que nous rapporterons plus loin:

Ces monstres naissent presque constamment dans le cours du huitième mois; et les grossesses, sans avoir ordinairement rien présenté de particulier, ont souvent été troublées par de vives impressions.

Ils présentent à leur naissance un état d'embonpoint plus qu'ordinaire, ce qui prouve manifestement qu'ils ont joui d'une santé parfaite jusqu'au moment de leur sortie de l'utérus.

On a longtemps contesté la possibilité de la vie extra-utérine chez les anencéphaliens; mais des faits authentiques sont venus trancher la question et Lallemand (thèse de Paris 1818)

cite l'observation d'un anencéphale qui vécut trois jours et fut nourri avec du lait et de l'eau sucrée.

Ce fait de la persistance de la vie chez les anencéphaliens après la naissance ne peut pas s'expliquer comme chez les pseudencéphaliens par la conservation de la moelle épinière. On a essayé d'en rendre compte par de nombreuses théories, dont le nombre même prouve l'insuffisance. La plus connue est celle d'Haller sur l'irritabilité.

Haller considère la fibre musculaire comme possédant seule la propriété de se contracter en vertu d'une force propre, l'irritabilité, *vis insita*; mais elle a besoin pour entrer en action d'un stimulus qui, pour le muscle cardiaque, est le sang; les contractions du cœur seraient donc indépendantes de l'influence des centres nerveux.

Mais Haller a senti l'insuffisance de sa théorie ; car, l'appliquant aux anencéphaliens, il ajoute: « Plerisque medullæ « spinalis etiam fuit tantum, quantum sufficere poterat ut « cordis motus superesset. » (*Elementa physiologiæ*, lib. 10 page 356.)

Aujourd'hui l'on doit admettre avec M. S. Duplay (art. *Anencéphale* du *Dict. encyclop.*) que les phénomènes de nutrition chez les anencéphaliens sont entretenus et s'accomplissent uniquement par l'action du système ganglionnaire.

Cette opinion, émise d'abord par Winslow (*Exposition anatomique*, *Traité des Nerfs*, parag. 364) a été reprise par Bichat et c'est en grande partie sur elle qu'il a établi sa division en système nerveux de la vie animale et système nerveux de la vie organique.

Quant au mode de formation des monstres anencéphales, nous ne rapporterons pas toutes les théories qui ont successivement eu cours et que M. le Dr Davaine a si bien analysées dans l'article *Monstres* du *Dictionnaire encyclopédique*. L'une des plus rationnelles est celle d'Haller et de Morgagni.

Dès 1706, avant les discussions de Lémery et de Winslow sur la préexistence des germes, Morgagni émit cette opinion que chez les anencéphales « le cerveau ne manquait pas dès

le principe ; mais qu'il diminuait par suite de l'hydrocéphalie qui le réduisait en eau et qu'il s'écoulait par un trou situé à l'extrémité supérieure de l'épine. » (*Epist. anat.* XX, n° 5657.)

Plus tard, dans le *De sedibus et causis morborum*, il revint sur cette théorie et cita de nombreuses observations. (Lettre XII, n° 8 et suivants.) Lallemand a repris les mêmes considérations dans sa thèse inaugurale ; enfin M. le professeur Béclard a soutenu la même opinion sur l'origine de l'anencéphalie, s'appuyant sur ce fait qu'il existe ordinairement des vestiges des parties détruites. D'après cette théorie, le liquide produit dans l'intérieur des centres nerveux, détruit complètement la substance nerveuse de l'encéphale et de la moelle épinière, distend outre mesure les enveloppes de ces organes, écarte les parois postérieures de la colonne vertébrale et détruit les os de la voûte du crâne.

M. le Dr Dareste, dans ses savantes expériences de tératogénie, est arrivé aux conclusions suivantes qu'il a exposées dans un mémoire présenté en 1866 à l'Académie des sciences et dans un ouvrage intitulé : *Recherches sur la production artificielle des monstres*. Paris, 1877.

Les monstruosités simples résultent toujours d'un même fait initial : l'arrêt de développement soit de l'embryon, soit de ses annexes.

Les différents types de la monstruosité ne dépendent pas de la nature même des causes tératogéniques, mais de l'intensité de leur action et très probablement aussi de la durée pendant laquelle cette action s'exerce sur le germe.

Quant à la diversité des résultats obtenus par l'emploi de causes identiques, il n'y a évidemment qu'une explication possible : c'est que les germes d'une même espèce, quelque semblables qu'ils nous paraissent, ne sont jamais identiques ; et que, par conséquent, ils réagissent différemment, suivant leur individualité, contre les conditions physiques qui troublent leur évolution.

Il faut aussi tenir compte des tendances héréditaires que le

germe tient de tous ses parents immédiats (hérédité), ou médiats (atavisme), et qui viennent aussi modifier les résultats obtenus sous l'action de causes identiques.

« Ce qui caractérise essentiellement l'anencéphalie, dit M. Dareste dans le mémoire précité, c'est que d'une part l'encéphale et la moelle sont remplacés par une grande poche remplie de sérosité et que, d'autre part, le canal vertébral et le crâne, au lieu d'être fermés en arrière, sont largement ouverts pour faire place à la poche hydrorachique.

« G. Saint-Hilaire expliquait la formation de cette monstruosité par un arrêt de développement, se fondant sur ce fait que, à une certaine époque de la vie embryonnaire, l'encéphale et la moelle consistent en vésicules pleines de sérosité et communiquant les unes avec les autres. Si ces vésicules continuent à s'accroître, sans que les éléments de la matière nerveuse se forment dans leur intérieur, elles maintiendront écartées les parois latérales de la colonne vertébrale et du crâne et détermineront ainsi l'anencéphalie. »

Pour M. Dareste, l'arrêt de développement est déterminé par une hydropisie. « J'ai constaté, dit-il, dans un très grand nombre de cas que la cause qui empêche la formation des éléments de la substance nerveuse dans les vésicules encéphaliques et médullaires est l'augmentation considérable de la sérosité qui remplit leurs cavités. Cette hydropisie de l'axe cérébro-spinal n'existe jamais seule, elle s'accompagne d'une hydropisie de l'amnios et quelquefois d'une hydropisie générale de toutes les parties de l'embryon. »

. . . . « L'hydropisie de l'axe cérébro-spinal, cause de l'anencéphalie, est l'effet particulier d'une cause qui exerce son influence sur l'organisme tout entier : c'est l'anémie. Or, tous les embryons hydropiques étaient anémiques et leur anémie dépassait de beaucoup celle que l'on observe chez l'adulte. Le sang était complètement incolore à la vue, et au microscope on y constatait la présence de quelques rares globules. Cet état particulier du sang tenait à un arrêt de développement de l'aire vasculaire ; les gros vaisseaux artériels et

veineux n'existaient pas ou n'étaient formés qu'en partie ; le réseau des capillaires, qui apparaît de si bonne heure dans l'aire vasculaire, était très incomplet. Dans ces conditions, les globules sanguins n'avaient pu quitter qu'en très petit nombre les îles de Wolf, où ils prennent naissance, pour pénétrer dans le torrent circulatoire ; et les îles de Wolf, remplies de globules sanguins, formaient autant de petites éminences rouges sur la face inférieure du blastoderme ».

Ces embryons se sont développés dans des œufs en contact avec la source de chaleur par un seul point de leur surface. Ils n'ont point vécu au delà de la première semaine d'incubation.

Chez l'homme, les anencéphales atteignent presque le terme normal de la vie intra-utérine ; il faut donc admettre que les graves désordres pathologiques peuvent être réparés par des causes physiologiques et que le développement temporairement interrompu peut reprendre son cours normal.

## CHAPITRE II.

### DIAGNOSTIC DE L'ANENCÉPHALIE PENDANT LA GROSSESSE.

Dans le chapitre précédent, nous avons étudié l'anencéphalie en général ; nous allons aborder la question du diagnostic de l'anencéphalie pendant la grossesse. Nous citerons d'abord les observations inédites que nous devons à MM. Pinard et Guichard ; nous analyserons ensuite au point de vue spécial qui nous occupe quelques observations déjà publiées. Enfin nous en déduirons les signes qui permettent d'établir le diagnostic.

### OBSERVATIONS.

OBSERVATION I (communiquée par M. le Dr Guichard).

*Multipare ; accouchement à huit mois ; fœtus dérencéphale du sexe féminin ; présentation d'un plan latéral ; hydramnios.*

La nommée X..., habitant Villesicart près d'Angers, est âgée de

42 ans. Elle est multipare ; sa dernière grossesse remonte à seize ans.

Le 9 juillet 1876, M. Guichard est mandé auprès d'elle par la sage-femme qui l'assistait et constate les faits suivants : l'enfant se présente par un plan latéral ; les deux bras et une jambe sont engagés et se trouvent dans le vagin.

Le travail marchant régulièrement, l'enfant vient spontanément plié en double, ce qui est possible vu son petit volume.

Au moment de la rupture de la poche des eaux, la sage-femme avait noté l'issue d'une quantité considérable de liquide amniotique.

L'enfant est du sexe féminin ; il est bien conformé de tous ses membres ; mais il est peu développé et son volume est celui d'un enfant de sept mois environ. Il présente un aspect violacé, l'épiderme se desquame facilement et, comme la mère ne sentait plus remuer són enfant depuis environ six semaines, on peut admettre que la mort du fœtus remonte déjà à quelque temps.

*Examen de la pièce.* — La tête de ce fœtus présente des anomalies intéressantes :

Les yeux sont saillants et le front semble manquer, tant il est aplati et fuyant. Le cuir chevelu s'arrête régulièrement en formant une couronne tout autour du crâne. Au centre de cette couronne on trouve une membrane lisse, dépourvue de cheveux, se continuant sur les côtés et en avant avec le cuir chevelu et en arrière avec les téguments du cou. En cet endroit elle présente une large ouverture au fond de laquelle on aperçoit la colonne vertébrale également ouverte.

Si l'on incise les parties molles qui recouvrent le crâne, on constate les malformations suivantes : le frontal se termine au-dessus des arcades orbitaires ; les pariétaux sont réduits à deux bandelettes osseuses, formant un angle presque droit en avant. Les temporaux sont déjetés en dehors à l'extrémité des pariótaux ; leur face externe regarde en arrière et en dehors ; les apophyses zygomatiques atteignent à peine l'angle externe de l'œil.

L'occipital est réduit à sa partie basilaire qui est très développée. En un mot la cavité crânienne n'existe pas, la voûte du crâne manque et la colonne vertébrale vient s'ouvrir au dehors, au niveau du trou occipital, qui est représenté seulement par sa partie antérieure.

De ces anomalies, nous concluons que le fœtus appartient à la tribu des anencéphaliens, genre dérencéphale ; car la moelle épinière existe dans la partie fermée de la colonne vertébrale.

**Observation II (communiquée par M. le Dr Guichard).**

*Multipare; fœtus dérencéphale; présentation de l'extrémité céphalique; hydramnios.*

La nommée R... est âgée de 45 ans; elle a eu antérieurement six enfants, tous vivants et bien portants.

Pendant la grossesse actuelle, qui, d'après les renseignements fournis par la malade, remonte à sept mois et demi, elle s'est sentie plus souffrante qu'à ses grossesses précédentes : elle a eu de fréquentes douleurs de reins; enfin son ventre est plus volumineux que ne le comporte l'époque de sa grossesse.

Le travail de l'accouchement commence le 13 octobre 1877, dans la soirée.

Le 14 au matin, on constate par le toucher, à travers les membranes intactes, une partie inégale, mobile, se déplaçant facilement sous le doigt et présentant de petites saillies dures, donnant la sensation de petites extrémités fœtales.

Après la rupture des membranes il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique. La femme accouche spontanément d'un enfant présentant les lésions caractéristiques de l'anencéphalie, genre dérencéphale; malheureusement l'opposition des parents n'a pas permis de conserver la pièce.

**Observation III (recueillie à la Maternité d'Angers par M. Laulaigne, interne du service, rédigée d'après les notes de M. le Dr Guichard).**

*Multipare; accouchement à terme; fœtus dérencéphale du sexe féminin présentation de l'extrémité céphalique; hydramnios.*

Marguerite P..., âgée de 20 ans, domestique, est entrée à la Maternité d'Angers le 13 août 1881, service de M. le professeur Guignard. Cette fille est un enfant assisté de l'Hospice : nous n'avons donc pas de renseignements sur ses parents.

Réglée à 14 ans, elle est accouchée une première fois, le 1er mars 1880, d'un enfant du sexe masculin, bien conformé. La grossesse actuelle remonte au commencement du mois de décembre; la malade a vu ses règles pour la dernière fois le 15 novembre.

Le père de son enfant présente ceci de remarquable qu'aux pieds et aux mains le médius et l'annulaire sont palmés.

La grossesse n'a présenté aucune complication, si ce n'est de l'œdème des jambes et des cuisses jusqu'au huitième mois. La malade a remarqué elle-même qu'à partir du troisième mois elle était plus grosse qu'aux époques correspondantes de sa précédente grossesse.

Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus à la fin du mois de mars ; ils étaient très énergiques et sentis dans tous les points du ventre ; tandis qu'à la première grossesse ils étaient limités à droite.

Les contractions utérines, manifestées par des coliques, se sont montrées souvent pendant toute la durée de la grossesse ; néanmoins la femme a toujours travaillé à la campagne et, jusqu'aux derniers jours, elle a aidé à faire la moisson : son ventre ne la gênait pas.

Enfin elle est entrée le 13 août à la Maternité où nous l'avons examinée.

A son arrivée la malade était très fatiguée ; elle se plaignait de douleurs de reins, d'une sensation de boule lui remontant à la gorge, elle avait perdu tout appétit.

*Examen du* 15. — Le ventre est très développé. A l'auscultation les bruits du cœur du fœtus s'entendent successivement en plusieurs points, sans qu'on puisse déterminer leur maximum.

Au toucher, on trouve le col fermé et de petites parties fœtales qui fuient sous le doigt.

*Examen du* 16. — A la palpation, le ventre est très volumineux, donnant une sensation de fluctuation très nette, malgré la résistance considérable de la paroi abdominale qu'on déprime difficilement.

Par la percussion on limite aisément l'utérus, qui est régulièrement sphérique à la partie antérieure, et présente au fond deux bosselures correspondant aux cornes de la matrice. En ces points on sent de petites parties fœtales très mobiles, douées de mouvements énergiques.

A la partie inférieure, au-dessus du pubis, on trouve d'autres petites parties, mobiles également et animées de mouvements. Dans les fosses iliaques et profondément, on sent une partie large et résistante, se déplaçant d'un côté à l'autre ; mais il est impossible d'arriver à limiter la tête de l'enfant.

A l'auscultation on perçoit le choc des parties fœtales ; quant aux battements du cœur, en déprimant fortement la paroi, on entend des battements lointains qui semblent s'éloigner, puis disparaissent.

Au toucher, le col présente des bords épais de deux centimètres

environ, et ramollis. Le doigt pénètre jusqu'à l'orifice interne et arrive sur les membranes. A gauche, on ne sent pas de partie résistante ; à droite, près de la paroi, on perçoit une partie assez volumineuse, dure, inégale et à côté une partie fœtale qui semble un pied ou une main.

De cet examen on avait conclu que la femme était dans la dernière quinzaine de sa grossesse ; qu'il y avait probablement grossesse gémellaire et que la partie en présentation était un siège.

*Examen du* 17. — La palpation, la percussion et l'auscultation nous donnent les mêmes résultats que la veille.

Au toucher, la partie en présentation est plus accessible au doigt. On sent une partie dure, inégale, bosselée, une sorte de circonférence osseuse avec deux reliefs arrondis au centre, se continuant à droite avec des bosselures plus molles, et à gauche, avec une surface lisse formant une dépression. Quand on touche cette surface, il semble que les mouvements actifs du fœtus sont plus énergiques.

Latéralement on trouve : à droite, une saillie arrondie ; à gauche et faisant suite aux saillies osseuses, une série d'autres petits tubercules durs, superposés, donnant la sensation des apophyses épineuses des vertèbres cervicales ; ils sont séparés par un léger intervalle et présentent une certaine mobilité.

Vers dix heures du matin, les contractions utérines deviennent plus énergiques et plus régulières ; le travail proprement dit commence.

Nous touchons la malade plusieurs fois dans la journée et nous passons une partie de la nuit auprès d'elle, craignant qu'une intervention ne soit nécessaire. Les contractions se sont ralenties ; le col est effacé ; la dilatation se fait très lentement ; la poche des eaux est très volumineuse et très allongée.

Le 18, à une heure de l'après-midi, la dilatation est complète, les contractions ont repris leur énergie première. Nous nous décidons à rompre la poche des eaux, ce que nous fîmes après plusieurs tentatives que nécessita la résistance considérable des membranes. Aussitôt il s'écoule un flot de liquide amniotique très clair, que nous évaluons à cinq litres au moins. L'utérus revient rapidement sur lui-même ; les coliques sont très énergiques ; l'enfant s'engage par la face en mento-iliaque gauche antérieure et, à deux heures, l'expulsion est terminée.

La délivrance se fait normalement au bout d'une demi-heure. Le

placenta ne présente aucune anomalie; il s'insérait au fond de l'utérus, au point où nous avions constaté une mollesse particulière du globe utérin et une difficulté plus grande à percevoir les mouvements actifs du fœtus.

*Examen de l'enfant.* — Le fœtus, qui pèse 1,630 grammes, est du sexe féminin. Nous avons procédé à l'autopsie avec le plus grand soin; tous les organes sont à leur place et régulièrement développés; les anomalies ne portent que sur la boîte crânienne et la partie postérieure du cou.

La figure est petite, mais assez régulière; les traits de la face sont très prononcés; le nez est écrasé.

La tête repose sur les épaules par suite du peu de longueur du cou; les yeux sont saillants et regardent en dehors et en haut. Tout cela donne à la physionomie un aspect repoussant.

Le cuir chevelu n'est représenté que par une couronne cessant brusquement sur une ligne circulaire qui fait tout le tour de la tête; il y a comme une rainure cicatricielle très nette, au delà de laquelle on observe une membrane rougeâtre, lisse, soulevée par les bosselures osseuses que nous allons décrire, et se continuant en arrière sous forme de triangle jusqu'aux premières vertèbres dorsales.

Au cou, la peau s'arrête au niveau des rebords osseux et se continue avec cette membrane qui est tendue entre les bords de la gouttière que forment, par leur écartement, les lames des vertèbres cervicales.

Une fois les parties molles enlevées, on arrive à la surface osseuse qui présente les détails suivants :

En avant, et de chaque côté, deux cavités logent les yeux qui ne sont pas recouverts par la voûte orbitaire; sur la ligne médiane, à un centimètre en arrière de la racine du nez, est un tubercule osseux terminé à sa partie postérieure par deux crochets qui sont les apophyses clinoïdes antérieures. En arrière, on trouve une dépression représentant la selle turcique; puis une saillie antéro-postérieure, longue de 3 centimètres, et présentant quatre prolongements latéraux dont les antérieurs constituent le rocher, et les postérieurs le bord antérieur de l'occipital. En dehors de ces prolongements, on voit la partie mastoïdienne des temporaux.

En arrière des prolongements postérieurs, la paroi devient verti-

cale sous forme de gouttière, dont le fond est constitué par la partie antérieure du canal rachidien, et les bords par une série de tubercules qui représentent les apophyses transverses des vertèbres cervicales. Cette gouttière à une forme triangulaire à sommet inférieur.

D'après cette description, ce fœtus rentre dans le genre dérencéphale.

OBSERVATION IV (recueillie sur le registre de la Maternité d'Angers).

*Primipare; accouchement à sept mois; fœtus dérencéphale du sexe féminin; présentation de siège.*

Julie D..., âgée de 22 ans, née à Angers, est accouchée à la Maternité de cette ville, le 7 octobre 1871. Cette fille est primipare; elle est accouchée à sept mois d'un enfant du sexe féminin pesant 1,500 grammes.

Le travail a duré vingt-quatre heures, l'enfant se présentait par le siège.

*Examen de la pièce.* — Cette pièce est déposée au Musée de l'École.

La tête est enfoncée entre les épaules; le cou manque complètement; la face regarde en haut; la base du crâne est verticale. La face se termine en haut, au-dessus des yeux qui sont très saillants; le front n'existe pas. Le cuir chevelu commence au-dessus des yeux et forme une sorte de couronne, comme dans les pièces précédemment décrites, et se continue en son milieu avec une membrane lisse se prolongeant, sous forme de triangle, jusqu'à la pointe du sacrum.

Si l'on dissèque les parties molles, on arrive sur les parties osseuses, qui présentent à noter les points suivants :

En avant, et de chaque côté de la racine du nez, deux cavités peu profondes logent la partie postérieure des globes oculaires. En arrière du rebord supérieur de ces cavités, le frontal se prolonge sur une étendue de 1 centimètre et cesse brusquement; c'est le seul vestige de la voûte crânienne.

En arrière du bord postérieur du frontal, on remarque des saillies et des dépressions disposées comme dans nos deux autres pièces et qui représentent :

Sur la ligne médiane, d'avant en arrière, la selle turcique, limitée par les apophyses clinoïdes : puis une dépression terminée en arrière

par la partie basilaire de l'occipital et la partie antérieure du trou occipital,

Latéralement et d'avant en arrière, deux fosses limitées en arrière par le rocher; puis une dépression; enfin le bord antérieur de l'occipital très épaissi.

A l'extrémité externe des saillies formées par le rocher et le bord de l'occipital, on trouve la partie mastoïdienne du temporal, qui, par suite du renversement de la tête en arrière, est située au-dessous des épaules.

En arrière du trou, ou plutôt de l'échancrure occipitale, la colonne vertébrale constitue une gouttière dans laquelle il n'y a pas trace de moelle; elle s'étend jusqu'au sacrum qui est régulièrement développé et forme un canal. Cette gouttière présente à la partie supérieure une dépression assez forte: il semble que la colonne vertébrale forme une anse à convexité antérieure, ce qui explique l'absence des vertèbres cervicales et d'une partie des dorsales.

Le fond de la gouttière est formé par les corps vertébraux; les parties latérales, par les apophyses transverses qui ne sont pas encore soudées.

D'après ces malformations, il est clair que le fœtus rentre dans la tribu des anencéphaliens, genre anencéphale.

Pour expliquer la régularité de ces anomalies, il suffit de considérer les vertèbres crâniennes.

On sait, en effet, que la boîte crânienne, prolongement de la colonne vertébrale, est formée, comme elle, de vertèbres. D'après M. le professeur Sappey, ces vertèbres sont au nombre de trois:

1° La postérieure ou occipitale a pour corps l'apophyse basilaire; pour trou rachidien, le trou occipital; pour lames, la partie postérieure de l'os; pour apophyse épineuse, la crête occipitale externe; pour apophyses transverses, les apophyses jugulaires.

2° La vertèbre moyenne, ou spléno-temporo-pariétale, a pour corps la partie médiane du sphénoïde postérieur; pour trou rachidien, l'intervalle qui sépare cet os de la suture sagittale; pour lames, les grandes ailes du sphénoïde et les tem-

poraux; pour apophyse épineuse, les pariétaux; pour apophyses transverses, les apophyses mastoïdes.

3° La vertèbre antérieure, ou sphéno-frontale, a pour corps la partie médiane du sphénoïde antérieur; pour lames, les apophyses d'Ingrassias; pour apophyse épineuse, les deux moitiés du frontal; pour trou rachidien, la concavité de cet os; pour apophyses transverses, les apophyses orbitaires externes.

Si nous nous reportons à la description de nos pièces, nous voyons que les vertèbres crâniennes, de même que les vertèbres rachidiennes incomplètement développées, sont constituées par le corps et les apophyses transverses; le trou rachidien est transformé en canal par l'absence des parties qui le ferment à l'état normal : les lames et les apophyses épineuses n'existent pas.

Observation V (communiquée par M. le Dr Pinard).

*Primipare; accouchement à terme; fœtus pseudencéphale; présentation d'un plan latéral; hydramnios.*

Le 12 novembre 1879, je suis appelé par le Dr Delesehamps près de Mme M..., boulevard Richard-Lenoir.

Cette dame, âgée de 25 ans, d'une bonne constitution, ne présentant rien à noter d'important au point de vue de ses antécédents physiologiques, pathologiques ou héréditaires, est enceinte pour la première fois, et grosse de huit mois et demi environ.

Elle eut une syncope assez prolongée à la fin du premier mois de la grossesse, qui évolua normalement jusqu'au cinquième mois. A partir de ce moment, le ventre prit un développement considérable qui ne fit que s'accroître jusqu'à aujourd'hui.

Je trouve cette dame assez amaigrie, il y a de l'œdème des membres inférieurs et de la région sus-pubienne. Les urines examinées ne décèlent pas trace d'albumine. Le ventre est énorme.

Au palper, je constate d'abord une tension constante de la paroi utérine; recherchant les pôles fœtaux, je ne trouve rien d'engagé dans l'excavation; mais, au niveau de la fosse iliaque gauche, je trouve une extrémité qui se déplace avec la plus grande facilité. A ce moment, le fœtus est extrêmement agité. Avec la plus grande

difficulté, je constate dans le flanc droit une autre extrémité ; mais ni en haut ni en bas je ne puis sentir le ballottement céphalique. Chaque fois que je déprime les parois abdominale et utérine au niveau du pôle fœtal inférieur, je détermine des mouvements désordonnés du fœtus.

L'auscultation, difficile à pratiquer, en raison du liquide qu'il faut déplacer pour arriver sur un plan fœtal résistant, me fait percevoir des pulsations fœtales extrêmement rapides ; mais le foyer d'auscultation se déplace à chaque instant.

Le toucher nous montre l'excavation vide de région fœtale. Le col a sa longueur normale, mais il est légèrement déhiscent. Déprimant avec la pulpe de l'index le segment inférieur, on arrive sur des parties fœtales irrégulières, situées au niveau du détroit supérieur et à gauche. Dès qu'on exerce la moindre pression sur ces parties, les mouvements convulsifs du fœtus se reproduisent.

En raison de l'absence du ballottement céphalique, de l'impossibilité de trouver l'extrémité céphalique avec ses caractères ordinaires; en raison des mouvements convulsifs qu'on fait naître à volonté ; en raison du pôle fœtal inférieur, nous posons le diagnostic : hydropisie de l'amnios, avec un seul fœtus présentant une malformation céphalique.

Trois jours après, le 15, à 6 heures du soir, je fus appelé de nouveau près de cette dame ; elle était en travail depuis le matin ; la dilatation était complète et les membranes intactes ; aucune partie fœtale accessible au toucher. La poche des eaux fut rompue, un flot énorme de liquide fut projeté au dehors, malgré la présence de la main dans le vagin, et bientôt un bras s'engagea. De suite, je pratiquai la version et je pus extraire très facilement un fœtus assez bien développé quant au tronc, mais pseudencéphale. La tumeur rouge représentant l'encéphale avait le volume d'une grosse noix.

Les suites de couches furent normales. Mme M... redevint enceinte en 1882 et accoucha au mois de février 1883 d'un enfant à terme très bien conformé et pesant 2,700 grammes.

OBSERVATION VI (communiquée par M. le Dr Pinard).

*Primipare ; accouchement à sept mois ; fœtus pseudencéphale ; présentation de l'extrémité céphalique ; hydramnios.*

Mme de R..., âgée de 30 ans, d'origine belge, enceinte pour la pre-

mière fois, a eu ses dernières règles le 10 juillet 1879. Je la vois pour la première fois le 15 novembre et je ne constate pas chez elle d'autres symptômes que ceux observés généralement chez une femme grosse de quatre mois. Cependant, Mme de R... me raconte qu'elle a eu dans le mois d'août plusieurs syncopes prolongées.

A partir du mois de décembre, le ventre se développa rapidement, et, dans les premiers jours de janvier, il avait le volume qu'il présente ordinairement chez une femme près du terme de sa grossesse

En pratiquant le palper, j'arrivai très difficilement sur les parties fœtales, et chaque fois que je pus les rencontrer, elles fuyaient de suite. Je ne pus en aucune façon percevoir le ballottement céphalique.

En pratiquant le toucher, je ne trouvai rien d'engagé, mais dès que je rencontrais, à travers le segment inférieur de l'utérus, une partie fœtale, je déterminais du côté du fœtus une série de mouvements précipités.

J'examinai nombre de fois, toujours avec le même résultat.

Le 18 février, le travail se déclara à 9 heures du soir.

Les membranes se rompirent dès les premières douleurs ; le fœtus se présenta par la face ; l'accouchement eut lieu à 5 heures du matin. L'enfant ne fit que quelques mouvements, c'était un pseudencéphale. La tumeur sanguine représentant l'encéphale avait le volume d'un œuf.

Pendant toute la durée du travail, je pus, en pratiquant le toucher au niveau de la base du crâne, déterminer des mouvements convulsifs du fœtus, pour ainsi dire à volonté.

Mme de R... est devenue enceinte de nouveau et est accouchée en 1882 d'un enfant vivant et très bien conformé.

### Observation VII.

*Multipare ; accouchement à huit mois ; faiblesse des mouvements actifs de l'enfant ; fœtus anencéphale du sexe féminin.*

Cette observation est rapportée par Valsalva, cité par Morgagni (*De sedibus et causis morborum*, lettre 48, n° 48).

« La mère d'un monstre, qui paraissait au vulgaire semblable à un crapaud, avait mis au monde fort souvent, auparavant, des enfants des deux sexes, tantôt des garçons, tantôt des filles ; tous les

premiers étaient parfaitement sains, mais les secondes, qui étaient au nombre de deux, étaient sourdes et, par suite, muettes. Enfin, comme elle avait conçu environ huit mois auparavant, qu'elle avait été triste pendant tout le temps de cette grossesse, qu'elle avait pleuré fort souvent de chagrin et qu'elle avait remarqué que les mouvements du fœtus étaient si languissants, comparativement à ceux des autres enfants dont elle était accouchée auparavant, que parfois elle le croyait presque mort, elle mit au monde à l'époque que j'ai indiquée, un fœtus du sexe féminin, dont les secondines étaient bien dans l'état naturel, mais qui était si monstrueux à la vue qu'il ressemblait plutôt à un crapaud qu'à une petite fille, excepté par ses membres inférieurs et par la partie inférieure du tronc. »

Suit la description du fœtus, qui était un anencéphale.

### Observation VIII.

*Multipare; accouchement à terme; fœtus anencéphale du sexe féminin; présentation de siège.*

Morgagni (*Op. cit.* lettre 48, n° 50) décrit un fœtus anencéphale né en 1746.

La mère avait mis heureusement au monde, jusqu'alors, d'autres enfants et cette dernière grossesse avait également été heureuse. Mais comme elle croyait être déjà arrivée à son terme, ou n'en être pas éloignée, elle avait eu un accouchement difficile, contre toute attente, et avait mis au monde cette enfant morte que l'accoucheuse avait tirée par les pieds.

Morgagni cite encore, au paragraphe 52 de la même lettre, une observation de Baroni sur un fœtus anencéphale du sexe féminin, né à cinq mois d'une femme d'une constitution mauvaise, affaiblie par les travaux et les privations.

### Observation IX.

*Multipare; grossesse gémellaire; accouchement à terme. Premier enfant : dérencéphale du sexe féminin venu par le siège; second enfant : bien conformé, du sexe masculin.*

Ollivier d'Angers, dans son *Traité sur les Maladies de la Moelle épinière* (3e édit. Paris, 1837, page 179), cite une observation d'anencéphalie avec existence de la moelle épinière.

Perrine Vivien, âgée de 40 ans, multipare, était arrivée jusqu'au neuvième mois de sa grossesse sans aucun accident particulier, lorsqu'elle fut reçue à l'hôpital d'Angers, le 28 octobre 1882. Une heure et demie après son entrée, elle accoucha, sans aucune douleur extraordinaire, d'un enfant anencéphale du sexe féminin ; il avait présenté les fesses et fut extrait dans cette position. On avait reconnu un second enfant dont l'accouchement n'eut lieu qu'une heure après, il était du sexe masculin et bien conformé. Il n'existait qu'un seul placenta très large ; un des cordons était implanté près de sa circonférence, et l'autre près de son centre ; les membranes formaient deux sacs distincts.

Observation X (rapportée par Lallemand, thèse de Paris, 1818).

*Multipare ; accouchement à huit mois ; présentation de l'extrémité céphalique ; fœtus anencéphale du sexe masculin ; hydramnios.*

Vers la fin de 1816 on reçut à l'Hôtel-Dieu une femme d'environ quarante ans, enceinte pour la sixième fois. Les cinq premières couches avaient été fort heureuses : tous ses enfants étaient venus à terme, forts et bien portants ; mais sa dernière grossesse avait été si orageuse que depuis six mois sa constitution, autrefois très robuste, était entièrement détériorée. La peau était devenue transparente, d'un jaune paille ; le tissu cellulaire sous-cutané était généralement infiltré de sérosité, surtout aux paupières. Le ventre était énormément distendu ; ce qui tenait non seulement au volume vraiment extraordinaire de la matrice ; mais encore à une hydropisie du péritoine, très facile à reconnaître.

Aussi la malade ne pouvait se coucher horizontalement sans être menacée de suffocation. Elle jugeait qu'elle était au huitième mois de sa grossesse par l'époque où elle avait commencé à sentir les mouvements du fœtus. Deux jours avant d'accoucher, elle faisait observer qu'elle les sentait encore distinctement ; mais qu'ils étaient moins forts que dans les grossesses précédentes.

Les douleurs qui annonçaient le travail se succédèrent rapidement ; la poche des eaux se rompit peu de temps après. Pour avoir une idée de l'énorme quantité d'eau qui s'échappa dans ce moment de la matrice, qu'on se figure qu'après avoir traversé les matelas et la paillasse, il s'en répandit encore beaucoup au loin dans la salle.

Après cette évacuation les douleurs redoublèrent d'intensité et le fœtus fut expulsé tout d'un coup, sans rencontrer presque aucune résistance, ce qui tenait à l'affaissement de la voûte du crâne, car il n'avait ni cerveau ni cervelet, ni moelle épinière, et peut-être à la grande distension de la matrice. Ce fœtus était du sexe masculin.

OBSERVATION XI (par Oliver Barber. — *Revue des sciences médicales d'Hayem*, 5e année, t. X, fasc. I).

*Fœtus dérencéphale; présentation de l'extrémité céphalique; hydramnios.*

Ce monstre appartient à la variété dérencéphale des anencéphaliens.

Ce cas a présenté deux faits intéressants au point de vue de l'accouchement:

1° La quantité énorme des eaux de l'amnios, qui a été telle que le plancher de la chambre a été inondé et qu'il en a coulé dans la chambre au-dessous. La femme était tellement grosse avant l'accouchement qu'on croyait à une grossesse gémellaire.

2° L'ouverture supérieure du canal vertébral simulait si complètement l'ouverture anale qu'on a cru d'abord à une présentation de siège; ce n'est que lorsque l'accoucheur a senti une oreille qu'il a reconnu la véritable présentation.

OBSERVATION XII.

*Multipare; accouchement à terme; fœtus dérencéphale; hydramnios.*

Cette observation fait le sujet d'un mémoire très intéressant de M. le Dr Eustache, professeur à la Faculté libre de Lille; nous allons l'analyser brièvement.

Marie S... a 27 ans; mariée depuis six ans avec un ouvrier cordonnier, elle a eu successivement quatre enfants, tous vivants et bien portants; les quatre grossesses s'étaient très bien passées et les accouchements avaient été faciles et rapides.

Elle devint enceinte pour la cinquième fois vers le mois de novembre. Sa grossesse fut très pénible; le ventre se développa considérablement: à six mois il était aussi volumineux qu'au terme des autres grossesses et la femme croyait être enceinte de jumeaux; il était aussi très sensible et douloureux à la moindre pression.

Les mouvements de l'enfant perçus dès la première quinzaine d'avril étaient surtout sensibles vers le flanc droit; ils étaient très forts et revenaient comme par secousses qui duraient un quart d'heure environ pour ne reparaître que toutes les quatre ou cinq heures : ils ont été perçus jusque pendant les dernières périodes de l'accouchement.

Les douleurs de l'accouchement commencèrent le 15 août, à trois heures du matin; elles furent d'emblée très intenses et durèrent ainsi presque sans interruption jusqu'au lendemain matin ; elles prirent alors le caractère expulsif et devinrent incessantes jusqu'au moment de la délivrance qui eut lieu le 16 à midi.

A onze heures, la sage-femme nota une poche d'eaux très volumineuse, très allongée et, derrière les membranes, une présentation inégale, bosselée, qui fut prise pour une face.

Une demi-heure après, le travail n'avançant pas, la sage-femme rompit les membranes, non sans difficulté; aussitôt il s'écoula un flot de liquide énorme qui inonda tout le plancher de la chambre. Le liquide évacué fut estimé à cinq ou six litres.

Le fœtus descendit rapidement; le toucher, pratiqué de nouveau, donna les diverses sensations d'une présentation de face; quelques instants après, l'expulsion du fœtus avait lieu et ce ne fut qu'après la sortie de la tête que l'on reconnut l'erreur de diagnostic et le vice de conformation.

## Diagnostic de l'anencéphalie pendant la grossesse.

Nous allons aborder le diagnostic de l'anencéphalie pendant la grossesse. Les signes sur lesquels nous établirons ce diagnostic sont tirés des observations précédentes; ils sont de trois ordres :

Les premiers sont fournis par la palpation ; les seconds, par l'auscultation; les troisièmes, par le toucher.

### I. — Palpation.

Un des faits que l'on constate tout d'abord, dans les cas d'anencéphalie, c'est le développement considérable du ventre.

Par la palpation, on trouve que l'utérus présente une forme régulièrement sphérique; une fluctuation plus ou moins manifeste suivant l'état de tension des parois utérines; enfin un volume de beaucoup supérieur à celui que comporterait l'époque de la grossesse. Ces signes caractérisent l'hydramnios. L'hydropisie de l'amnios est en effet presque constante dans l'anencéphalie, et nous l'avons notée dans la plupart de nos observations; elle se complique souvent d'ascite chez la mère, et nous avons essayé de démontrer, dans notre premier chapitre, que cette hydropisie tient à la même cause générale que l'hydramnios.

Si, d'autre part, on cherche à constater les mouvements actifs du fœtus et la situation de l'enfant dans la cavité utérine, on remarque certains faits particuliers que nous aurons à examiner.

Nous allons donc étudier d'abord l'hydramnios dans ses rapports avec l'anencéphalie; puis nous exposerons les signes tirés de l'examen des mouvements du fœtus.

### 1° *Hydramnios.*

L'hydropisie de l'amnios a été fort bien étudiée, au point de vue de sa pathogénie, dans la thèse de M. le Dr Bar (Paris, 1881). On y trouve des détails intéressants que le cadre de ce travail ne nous permet pas de reproduire; nous n'en retiendrons que les points suivants :

L'augmentation en quantité du liquide amniotique tient à une exagération dans l'action des causes qui le produisent à l'état normal. Or, il est démontré que ce liquide a une double origine : fœtale et maternelle.

A. — Du côté du fœtus, nous trouvons comme source du liquide amniotique :

1° L'excrétion de l'urine fœtale dans la cavité de l'amnios.

2° La sécrétion de la peau du fœtus.

3° La transsudation des parties liquides du sang fœtal à tra-

vers le système lacunaire lymphatique de l'amnios et du cordon ombilical.

4° La sécrétion par l'amnios lui-même ; elle serait produite par les cellules cylindriques décrites par Kölliker, près de l'insertion placentaire du cordon, et que Mme Hotz (thèse de Berne, 1878) prétend exister normalement chez l'homme.

5° Enfin, chez les anencéphales, la sécrétion du liquide céphalo-rachidien qui, suivant la plupart des auteurs, se fait en grande abondance et vient à un certain moment se déverser dans la cavité amniotique.

B. — Du côté de la mère, la caduque qui entoure l'œuf doit être regardée comme un énorme réseau de lymphatiques, communiquant entre eux et par lesquels les parties liquides du sang maternel peuvent transsuder à travers les parois de la cavité de l'amnios.

Toutes ces causes, par l'exagération de leur action, contribuent à la production de l'hydramnios ; mais nous noterons surtout les troubles de la circulation fœtale amenant une pression exagérée dans le système de la veine ombilicale et principalement les lésions du foie. On a en effet comparé l'hydramnios à l'ascite résultant de lésions hépatiques : chez l'adulte, les lésions du foie amènent une stase du sang dans la veine porte et par suite l'ascite; chez le fœtus, ces mêmes lésions produisent un excès de pression dans la veine ombilicale, d'où transsudation du liquide à travers le cordon et l'amnios.

Enfin nous avons vu qu'on peut expliquer la coïncidence de l'hydramnios avec l'ascite chez la mère par l'altération du sang maternel ; et par suite de la fluidité plus grande de ce liquide, il se fait une transsudation abondante à travers les parois vasculaires amenant chez l'une l'ascite, chez l'autre l'hydramnios.

Quelle relation y a-t-il entre l'anencéphalie et l'hydramnios? C'est une question que nous ne saurions trancher d'une façon absolue ; nous avons indiqué dans nos considérations générales l'état actuel de la science sur ce point : il résulte des magnifiques recherches de M. Dareste sur la production arti-

ficielle des monstruosités que l'hydramnios n'est pas la conséquence de la monstruosité ; mais que, comme la monstruosité elle-même, elle peut être le résultat de l'action d'une cause supérieure qu'on n'a pu encore déterminer.

### 2° *Mouvements actifs du fœtus.*

Les mouvements actifs du fœtus présentent des modifications que la palpation permet de constater. Ces modifications sont relatives à leur intensité, à leur siège et à leur coordination.

A. *Intensité.* — Les mouvements actifs des anencéphales présentent en général une intensité remarquable, que nous avons notée dans plusieurs observations.

Pourtant ils sont quelquefois moins vifs qu'à l'état normal, ou du moins ils paraissent tels à la mère, parce que la grande quantité du liquide amniotique protège mieux que d'ordinaire les parois utérines contre les chocs fœtaux. Du reste la langueur des mouvements fœtaux pourrait facilement s'expliquer par l'état d'affaiblissement de la mère qui coïncide presque toujours avec ce phénomène.

B. *Siège.* — Mais si l'on cherche à déterminer le point où l'on perçoit surtout les mouvements du fœtus, c'est-à-dire la situation des petites extrémités fœtales, on constate que ces parties se déplacent avec une grande rapidité. On en comprendra aisément la raison si l'on songe que le fœtus nage librement au milieu d'une grande quantité de liquide.

C. *Coordination.* — Enfin ces mouvements ont un caractère tout particulier : ils sont convulsifs ; le fœtus est animé d'une sorte de vibration spasmodique, se répétant à des intervalles très rapprochés, pour cesser pendant un temps plus ou moins long qui atteint parfois quatre ou cinq heures ; mais sans rien présenter de régulier.

Voici les règles que M. le professeur Pinard, dans son cours

de 1881, conseillait de suivre pour l'examen des cas qui nous occupent :

« Dans l'hydropisie de l'amnios, quatre-vingt-quinze fois pour cent l'excavation est vide : il n'y a pas d'engagement et cela parce que la cavité utérine est distendue anormalement. Le fœtus évolue donc librement dans cette masse amniotique et le pôle fœtal inférieur est extrêmement mobile au-dessus du détroit supérieur ou dans une des fosses iliaques. Il arrive même des cas dans lesquels on ne peut trouver les pôles, vu la petitesse du fœtus.

« Voici le procédé à suivre pour pratiquer le palper : vous le ferez avec délicatesse et rapidité ; c'est-à-dire que vous porterez rapidement vos mains aux deux pôles du fœtus pour l'immobiliser ; puis vous chercherez le plan résistant ; mais il est assez difficile à trouver à cause du liquide qui se trouve entre les mains de l'accoucheur et le fœtus, vous déprimerez donc avec douceur la paroi abdominale.

« Si vous ne trouvez que les deux pôles, vous pouvez affirmer qu'il y a grossesse simple avec hydropisie de l'amnios.

« Dans certains cas d'hydramnios, les deux pôles du fœtus sont très difficiles à trouver : vous cherchez en vain la tête. Si vous placez alors les mains sur la paroi abdominale, vous percevez de petites secousses qui se produisent à chaque instant : le fœtus entier frémit ; dans ce cas la cavité utérine contient un anencéphalien.

« Donc avec ces données :

1° Tension permanente de la tumeur.

2° Difficulté à trouver les pôles.

3° Difficulté à trouver la tête.

4° Mouvements convulsifs du fœtus, vous pourrez diagnostiquer un anencéphale. »

## II. — AUSCULTATION.

Les signes fournis par l'auscultation sont relatifs aux battements du cœur fœtal. Ces battements présentent ceci de parti-

culier qu'ils ne sont perçus en aucun point d'une façon nette et précise, et que, si l'on veut déterminer leur maximum, ils semblent fuir sous l'oreille et s'éloigner pour revenir ensuite.

Ces phénomènes s'expliquent aisément grâce à ce que nous savons sur la disposition relative du fœtus et de la paroi abdominale d'une part, et de l'autre sur les mouvements du fœtus.

En effet, la difficulté avec laquelle on perçoit les battements du cœur fœtal tient à la grande quantité de liquide amniotique interposée entre l'enfant et l'oreille de l'observateur. Quant à l'intermittence dans l'intensité de cette perception, elle résulte des mouvements rapides auxquels se livre le fœtus dans la masse des eaux de l'amnios.

## III. — Toucher.

Le toucher nous permet de constater le ballottement et de déterminer quelle est la partie en présentation.

1° *Ballottement.* — C'est, comme on le sait, le choc en retour produit par la partie en présentation, sur le doigt, qui, introduit dans le col, imprime à cette partie un mouvement sec de bas en haut.

Il est évident que dans les cas d'anencéphalie, lorsqu'il y a hydramnios, le ballottement doit être plus facile à percevoir qu'à l'état normal, vu la liberté plus grande avec laquelle le fœtus peut être déplacé. Il faut toutefois que le doigt puisse atteindre la partie en présentation, ce qui parfois n'est possible qu'à une époque avancée de la grossesse par suite du peu de développement du fœtus et de sa mobilité dans la cavité utérine.

2° *Présentation.* — Pour que le diagnostic d'anencéphalie puisse être posé par le toucher, il faut évidemment que l'enfant se présente par l'extrémité céphalique. Or, chez les anencéphales, le poids de la tête étant diminué, le centre de gravité se trouve éloigné de cette extrémité et le fœtus est placé pour ainsi dire dans un état d'équilibre instable.

Comme d'un autre côté la cavité utérine est très développée, la loi d'adaptation des parties ne s'applique plus ici ; on comprend donc que l'on puisse rencontrer toutes les variétés de présentation. C'est ainsi que, dans nos observations, nous trouvons des présentations de siège et de plan latéral, aussi bien que celles de l'extrémité céphalique.

Cependant, en vertu des mouvements répétés et étendus du fœtus, il arrive forcément un moment où la tête se présente et par des examens fréquents on pourra diagnostiquer ses anomalies.

La sensation fournie par le toucher est celle d'une partie bosselée, inégale, se déplaçant facilement sous le doigt et ne présentant pas en tous ses points la même consistance. On constatera l'absence des sutures et l'impossibilité d'arriver sur une fontanelle.

Puis on cherchera des points de repère qui seront fournis par les saillies de la base du crâne et de la partie postérieure du cou.

On sentira, en effet, une sorte de disque osseux surmonté de saillies assez régulières ; on notera surtout la saillie médiane formée par les apophyses clinoïdes ; puis, en arrière, la surface basilaire, terminée à sa partie postérieure par l'échancrure rachidienne ; enfin les deux prolongements latéraux que forment de chaque côté le rocher et le bord antérieur de l'occipital. Au-dessous de la surface basilaire, l'échancrure rachidienne se prolonge sous forme de gouttière limitée par un chapelet de tubercules osseux auxquels on reconnait les apophyses transverses des vertèbres cervicales.

Lorsqu'on aura noté ces différents points, on pourra porter avec certitude le diagnostic d'anencéphalie ; mais ce diagnostic sera rendu plus certain par les signes que l'on observera au moment de l'accouchement.

## CHAPITRE III.

### DIAGNOSTIC DE L'ANENCÉPHALIE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Dès le début du travail, et surtout après la rupture de la poche des eaux, le diagnostic devient plus facile ; le fœtus, en effet, s'engage, la tension de l'utérus est considérablement diminuée par l'écoulement du liquide amniotique et l'on peut alors faire un examen plus direct du fœtus.

Le premier fait à noter, au début du travail, c'est la forme de la poche des eaux ; cette poche est très allongée et très volumineuse ; ce qui s'explique facilement, si l'on se reporte à son mode de formation. En effet, la tête du fœtus ou la partie en présentation ne remplissant pas le détroit supérieur, une quantité d'eau, de plus en plus grande à chaque contraction utérine. vient distendre le point des membranes qui correspond au col de l'utérus et détermine sa dilatation.

D'autre part, les membranes présentent d'ordinaire une résistance très grande dans les cas d'anencéphalie, ce qui explique la lenteur avec laquelle elles se laissent distendre et la nécessité d'une rupture artificielle.

Cette rupture exige des tentatives répétées ; enfin, lorsque la chose est faite, il s'écoule une énorme quantité de liquide qui a atteint dans plusieurs cas six à huit litres.

L'utérus revient rapidement sur lui-même et s'applique sur le fœtus. C'est alors que la palpation et l'auscultation permettent de déterminer avec précision la position de l'enfant.

L'auscultation ne donne rien de spécial aux cas qui nous occupent ; elle aide à déterminer la position du fœtus ; on la pratiquera d'après les règles ordinaires.

Quant à la palpation, elle nous fait sentir le plan résistant du fœtus et ses petites extrémités ; mais si nous cherchons à délimiter la tête, nous ne pouvons y arriver, ce qui tient à ce que, grâce à son faible volume, elle disparaît en entier dans l'excavation dès le début du temps d'engagement.

C'est surtout par le toucher que nous arriverons à un diagnostic certain; car, aux signes qu'il nous a donnés pendant la grossesse, vient s'ajouter la constatation de tous les détails qui constituent la base du crâne. Ce sont d'abord les yeux, rarement recouverts par les voûtes orbitaires et qui donnent la sensation de petites tumeurs molles et sphériques; puis les dépressions et les saillies de la base du crâne que nous avons déjà décrites, notamment les apophyses clinoïdes, le rocher, la surface basilaire; enfin l'échancrure rachidienne et la gouttière qui lui fait suite sur une étendue plus ou moins grande et qui est limitée de chaque côté par la série des tubercules qui représentent les apophyses transverses des vertèbres.

Tels sont les signes auxquels un observateur exercé reconnaîtra aisément, croyons-nous, la présence d'un anencéphale. Ce diagnostic est du reste facilité par les examens précédents de la femme ; les signes que l'on observe pendant l'accouchement viennent confirmer le diagnostic qu'on avait porté pendant la grossesse.

## CONCLUSIONS.

Nous nous sommes attaché à démontrer les points suivants :

La cause qui produit l'anencéphalie est inconnue ; mais de nombreuses et savantes expériences semblent établir que cette monstruosité tient à un arrêt de développement des vésicules encéphaliques et médullaires, résultant d'une hydropisie développée dans leur intérieur ; cette hydropisie est produite par un état particulier du sang caractérisé par l'absence plus ou moins complète de globules.

Le diagnostic de l'anencéphalie est possible pendant la grossesse et l'accouchement :

*A* — Pendant la grossesse on constate les signes suivants :

I. — *Palpation*:

1° Volume considérable du ventre, tension de l'utérus, fluctuation manifeste caractérisant l'hydramnios;

2° Modifications des mouvements actifs du fœtus au point de vue de :

*a* — l'intensité — elle est ordinairement exagérée ;
*b* — le siège — on les perçoit successivement dans des points très éloignés;
*c* — la coordination — ils présentent un caractère vibratoire, spasmodique, mais très irrégulier.

II. — *Auscultation*:

Faiblesse, éloignement, déplacement rapide des bruits du cœur du fœtus.

III. — *Toucher :*

1° Ballottement — il est en général exagéré; mais difficile à provoquer par suite du faible développement du fœtus ;

2° Présentation — on constate les saillies de la base du crâne et, comme points de repère :

Les apophyses clinoïdes;
La surface basilaire ;
Le rocher;
Le bord de l'échancrure rachidienne;
La gouttière rachidienne limitée par la série de tubercules représentant les apophyses transverses des vertèbres.

*B* — Pendant l'accouchement — la palpation et l'auscultation ne donnent rien de spécial.

On notera la forme de la poche des eaux, allongée et volumineuse. Après sa rupture, rarement spontanée, il s'écoule une quantité énorme de liquide amniotique.

Puis on déterminera par le toucher les points de repère qui

Pl. I _ Obs. I.



fig. 1.

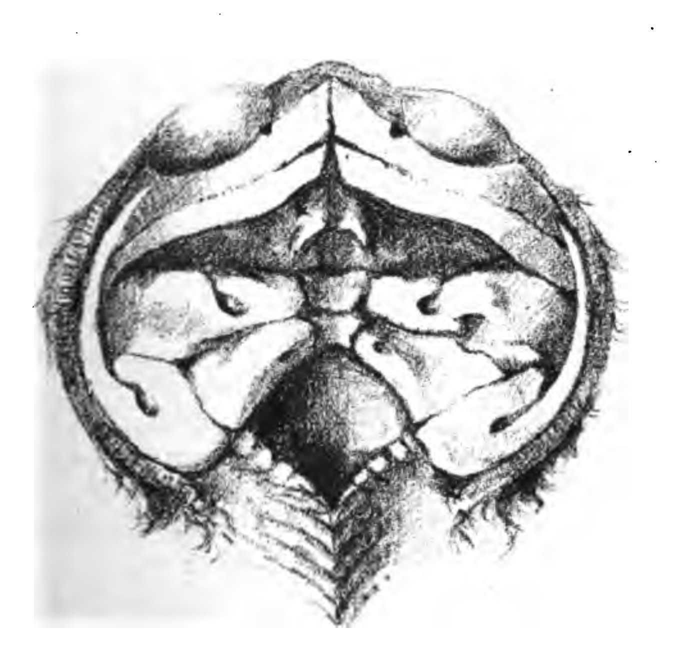


fig. 2.

Pl. II _ Obs. III.



fig. 1.

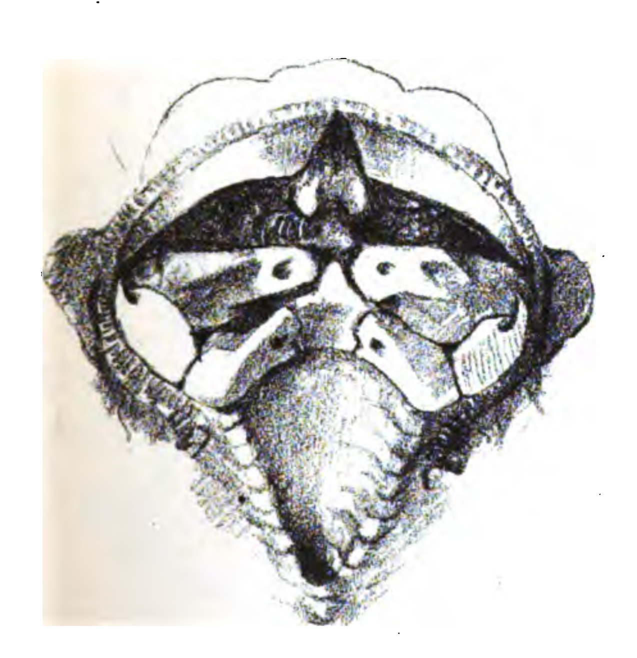
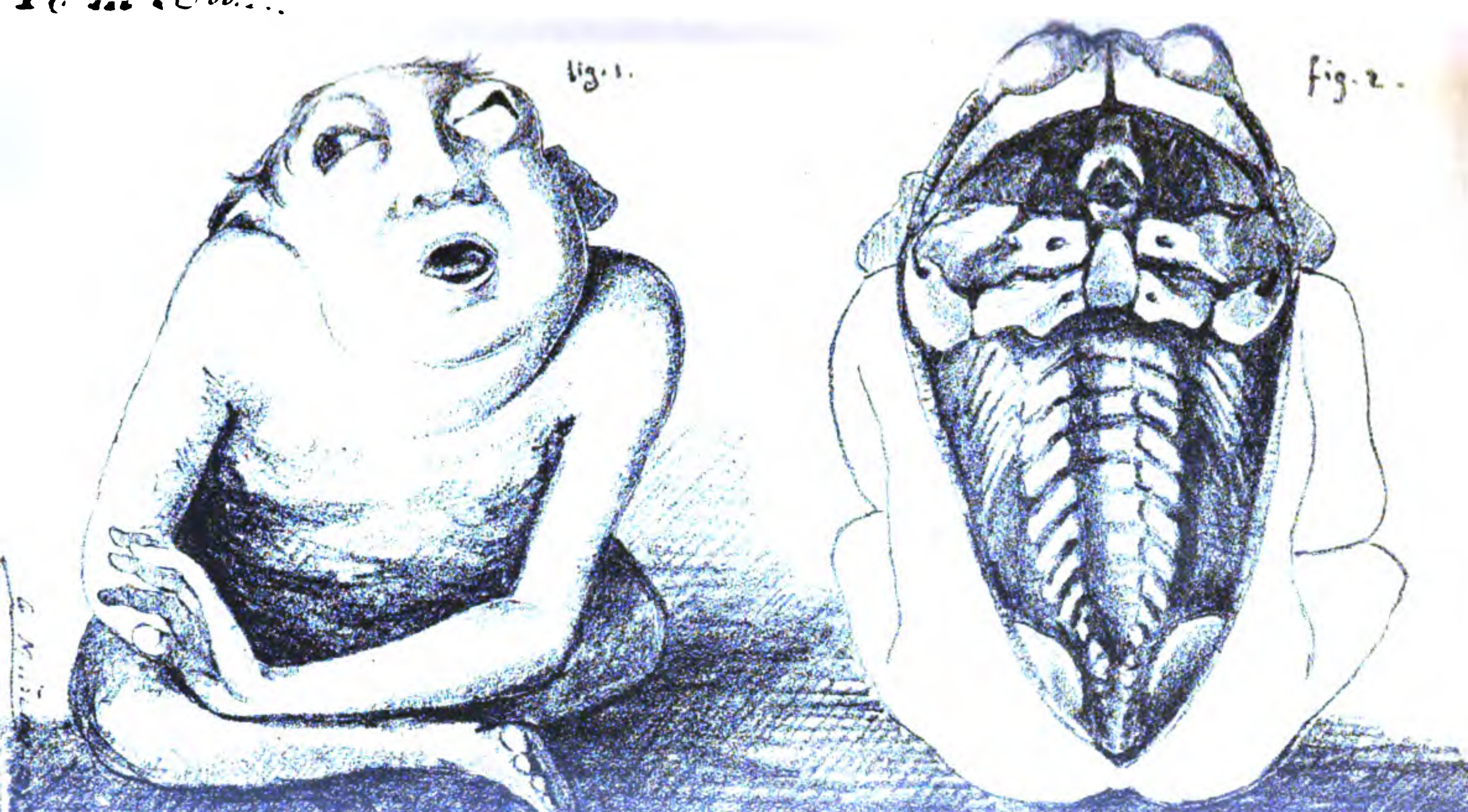


fig. 2.


fig. 1.
fig. 2.

sont les yeux et les saillies de la base du crâne que nous avons indiquées plus haut.

---

## DE L'ANUS CONTRE NATURE ILÉO-VAGINAL
### ET DES FISTULES INTESTINO-UTÉRINES (1).

Par le Dr L. H. Petit,
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

(SUITE) (2).

### TRAITEMENT.

La thérapeutique des fistules intestino-utérines ou vaginales n'est indiquée que dans un petit nombre d'observations, soit que la mort ait terminé la maladie avant qu'on ait pu songer à y remédier, soit que les malades aient guéri spontanément, soit enfin qu'on ait oublié de mentionner dans l'observation les moyens mis en usage pour obtenir la guérison.

D'ailleurs nous devons séparer ici les fistules utérines des fistules vaginales; les premières sont inaccessibles à la main du chirurgien, et on n'a tenté contre elles que le tamponnement du col utérin, seul moyen rationnel du reste. Les fistules vaginales, au contraire, sont presque toutes susceptibles d'être traitées par des moyens chirurgicaux, et c'est à elles que nous consacrerons plus spécialement ce chapitre.

Le peu de documents que nous possédons sont néanmoins assez instructifs pour que nous puissions tracer le cadre complet du traitement de l'affection que nous étudions. Nous allons donc les passer en revue.

---

(1) Mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix Huguier, 1881).

(2) Voir *Annales de gynécologie*, numéros de décembre 1882, de janvier, février, avril et mai 1883.

*Moyens palliatifs.*

Les soins de propreté, bains prolongés, injections vaginales et rectales, ces dernières pour faciliter ou provoquer le retour des selles par la voie naturelle, ont, paraît-il, suffi dans les cas de Kivisch (obs. II), de Radfort (obs. XXXIII), de Breitzmann (obs. XXXIV), pour amener la fermeture de la fistule. Comme ces moyens sont de première nécessité, à titre de palliatifs, en cas de fistule stercorale vaginale, on ne peut donc que les recommander.

*Tamponnement.* — Mac Keever (obs. XXVI) et Dahlmann obs XXXVI) ont utilisé ce moyen comme palliatif seulement, Demarquay (obs. VI), Skinner (obs. XXX) et Gussenbauer (obs. XXXV), dans le but de rétablir le cours des selles vers le rectum.

. Mac Keever faisait simplement porter à sa malade une grosse éponge molle appliquée sur les parties génitales externes et maintenue par un bandage en T.

La malade de Dahlmann, à son arrivée à l'hôpital, avait le vagin bourré d'éponges. Ce moyen fut alors abandonné.

Skinner, dans un cas de fistule iléo-utérine, mit un jour une petite tente d'éponge dans le col de l'utérus. Pendant la nuit suivante et la matinée du lendemain, la malade éprouva de vives douleurs dans le bas-ventre; elles furent immédiatement soulagées lorsqu'on enleva l'éponge, qui livra passage à un flot de pus très abondant. Dès ce moment l'amélioration, quoique lente, fut progressive.

M. Demarquay pratiqua le tamponnement du canal vulvo-vaginal en plaçant d'abord quelques tampons d'ouate dans l'orifice qu'il prenait pour le col utérin, et en remplissant ensuite le vagin d'autres tampons. Mais si le tamponnement, fortement serré, empêchait la sortie des matières, il comprimait également le rectum et fatiguait la malade; si on le serrait moins, les tampons d'ouate étaient alors entraînés au

dehors par les matières. On y renonça donc, et on se contenta de prescrire un appareil contentif en caoutchouc.

Gussenbauer fit pendant quelques jours un tamponnement du vagin au moyen de boulettes d'ouate, enduites d'une solution faible de tannin dans la glycérine. Au bout d'une quinzaine de jours, les lavements aidant, il avait obtenu des selles quotidiennes par le rectum et un rétrécissement de la fistule; il eut alors recours aux cautérisations.

*Occlusion du vagin.* — Cette opération, entrée dans la pratique courante pour les fistules vésico-vaginales, n'a été tentée qu'une fois, sans succès d'ailleurs, pour l'anus vaginal. Jennings fit, comme nous l'avons vu plus haut (obs. XXI), l'avivement et la suture d'une partie de la vulve; mais la malade, très épuisée, succomba au cinquième jour.

Cette opération ne convient évidemment qu'aux cas où il existe, comme dans celui de Jennings, une communication entre l'intestin grêle et le rectum, capable de permettre la libre issue des matières fécales par l'anus normal après la fermeture du vagin.

### *Moyens curatifs.*

Ces moyens, qui ont pour but la fermeture de la fistule et le rétablissement du cours normal des matières, comprennent la cautérisation de l'orifice anormal et la suture après avivement. Mais il faut souvent pratiquer auparavant certaines opérations préliminaires que nous indiquerons plus loin.

*Cautérisation.* — Otto Weber et Heine y ont eu recours à diverses reprises dans leur intéressante observation. Après avoir détruit l'éperon par l'application de l'entérotome, ils essayèrent de favoriser le rétrécissement de l'orifice vaginal par des agents irritants et astringents et enfin par la cautérisation avec le fer rouge. On fit donc des attouchements sur les bords de l'orifice avec le nitrate d'argent en solution et en nature, la teinture de cantharides, la pommade au précipité rouge et l'onguent

basilicon; enfin on appliqua trois fois le fer rouge. Il en résulta un retrait incontestable de l'ouverture, mais qui, arrivé à un certain point, cessa de faire des progrès. Après une opération plastique, il resta une petite fistulette qui résista aux cautérisations, puis à une nouvelle opération du même genre et céda enfin à des applications de teinture de cantharides. (obs. XLII).

Dans l'observation de Bartels, on essaya de fermer par des applications réitérées de fer rouge l'anus vaginal qui était entouré d'un bel anneau cicatriciel; tant que l'eschare persistait, la défécation se faisait régulièrement et le vagin restait propre; mais dès que cette eschare tombait, une partie des matières passait de nouveau par le vagin (obs. XLI).

Gussenbauer fit, avec le fer rouge, six cautérisations, dont aucune ne fut suivie d'accidents ni de réaction. L'eschare se détachait quatre ou six jours après, et, dès lors, commençait un bourgeonnement actif. La cicatrisation consécutive à ces cautérisations a amené une rétraction progressive de l'orifice de la fistule, en même temps qu'une augmentation de résistance des tissus qui la forment. La malade est sortie de l'hôpital non guérie.

### Observation XXXV.

*Fistule intestino-vaginale consécutive à un accouchement laborieux; plusieurs cautérisations au fer rouge; amélioration.* (*Rapport de la Clin. chirurg. de Liège*, 1876-1878, par Gussenbauer, obs. CLXXXVI, p. 210.)

S... (Anne), 44 ans, ménagère, amaigrie et débilitée par l'affection dont elle souffre depuis deux mois et demi, entre à l'hôpital, le 3 décembre 1877. Ayant eu déjà cinq enfants, venus au monde sans grande difficulté, cette femme est accouchée de nouveau à la fin de septembre 1877. Présentation du pelvis, avec procidence du cordon. Application du forceps, et manœuvres pendant trois heures, puis extraction du fœtus mort. Pas de phénomènes particuliers après les couches, sauf une constipation se prolongeant quatre jours, après lesquels un lavement amena, au dire de la malade, une évacuation par le vagin, en même temps que par l'anus. Depuis ce moment, les

matières fécales n'ont cessé de couler par le vagin. En même temps, les défécations rectales diminuaient en nombre et en quantité, et il y a un mois environ qu'il n'y a plus eu de selle par l'anus.

*Examen de la malade.* — Application du spéculum très douloureuse, à cause de la vive irritation du vagin, de la vulve et des parties avoisinantes. Col de l'utérus présentant une fente considérable, transversale, à lèvres déchiquetées et entr'ouvertes au point d'admettre l'extrémité du doigt indicateur. A droite et en arrière, le col présente une perte de substance au niveau de laquelle existe un orifice arrondi, comme coupé à l'emporte-pièce, admettant facilement l'extrémité de l'indicateur et par lequel la muqueuse intestinale se continue avec celle du vagin. La muqueuse de l'intestin fait d'habitude un peu hernie par l'orifice, mais se laisse aisément réduire. Les substances intestinales s'écoulant par le vagin sont incomplètement digérées, verdâtres ou grisâtres, peu odorantes, et présentent la forme et les caractères du contenu de l'intestin grêle. Le doigt introduit dans le rectum démontre l'absence de fèces dans ce canal, et un lavement coloré qui est poussé avec une certaine force n'est pas rejeté par le vagin.

*Traitement.* — Tamponnement du vagin au moyen de boulettes de ouate enduites d'une solution faible de tannin dans la glycérine. Pommade à l'oxyde de zinc sur les téguments enflammés. Deux bains de siège par jour; lavements journaliers. Ce traitement est commencé le 11 décembre.

13 décembre. Production d'une selle dure et peu copieuse.

Le 15. Nouvelle selle peu copieuse.

Le 20. Selle quotidienne à la suite de l'administration régulière de lavements.

5 janvier. Le passage des selles par le rectum continue. L'irritation locale diminue et l'état général s'améliore rapidement.

2 février. Cautérisation de l'orifice fistuleux avec le fer rouge, répétée le 2 mars et le 3 avril. Aucune de ces cautérisations n'est suivie d'accidents ni de réaction. L'eschare se détachait après quatre à six jours, et dès lors commençait un bourgeonnement actif.

La cicatrisation consécutive à ces cautérisations a amené une rétraction progressive de l'orifice de la fistule en même temps qu'une augmentation de résistance des tissus qui la forment. La patiente quitte le service le 9 mai 1878, sur sa demande, mais revient journellement deux fois faire pratiquer le tamponnement vaginal, ac-

tuellement beaucoup plus hermétique que par le passé. L'ouverture fistuleuse admet à peine l'extrémité de l'index, et la continuation des cautérisations fait espérer un succès complet.

Le 16 février 1880, je reçus de M. le Dr Plücker, assistant de la clinique chirurgicale de Liège, de nouveaux renseignements sur cette malade :

« Elle est restée pendant plusieurs mois sans suivre d'autre traitement que l'introduction journalière d'un tampon d'ouate dans le vagin, opération qu'elle exécutait elle-même. Malgré cette occlusion imparfaite, le rétrécissement obtenu par les cautérisations (il y en eut six en tout) aidant, il n'y avait pas d'excoriation de la peau ni d'érythème au voisinage de la vulve, lorsque j'ai revu cette patiente, il y a quelques jours. L'ouverture fistuleuse atteint tout au plus le tiers de ce qu'elle était au début. L'état général est excellent. La grande hauteur à laquelle siège l'orifice de la fistule rendant une autre opération très difficile, nous avons résolu de reprendre les cautérisations et nous espérons arriver à une oblitération définitive par ce moyen, si la patiente montrait plus de constance que l'année passée. »

Le 22 novembre 1882, M. Plücker, nommé professeur à Vienne, m'écrivait que la malade ne s'était plus représentée à la consultation, et qu'il était probable que la guérison avait été définitive. Malheureusement on ne peut accepter cette hypothèse, toute probable qu'elle soit, pour une certitude.

Dans le cas suivant, quatre cautérisations au nitrate d'argent suffirent pour amener la fermeture de l'orifice anormal, simple fistule d'ailleurs.

### Observation XXXVI.

*Accouchement laborieux; version au troisième jour; fistules iléo-vaginale et vésico-vaginale consécutives; guérison de la fistule iléo-vaginale par les cautérisations répétées au nitrate d'argent, et de la fistule vésico-vaginale par*

*la suture après avivement.* (Dahlmann. *Arch. für Gynäkologie.* 1879, t. XV, p. 122.)

Le 7 mars 1878, Hurwitz (Esther), 26 ans, se présente à la clinique pour être débarrassée d'une incontinence des fèces et de l'urine par le vagin. Bonne santé habituelle ; trois grossesses normales terminées sans accident. La maladie actuelle survint après le dernier accouchement, qui eut lieu au commencement de janvier 1878.

A la fin de la trente-sixième semaine de la grossesse, elle avait fait un long voyage pour prendre part à un mariage; durant la fête elle perdit ses eaux, et deux jours plus tard survinrent les contractions ; elle fit appeler une sage-femme qui trouva une présentation du tronc et abandonna les choses à elles-mêmes, parce que peu de temps après il y eut procidence du bras et de la main. Comme le médecin du lieu ne put faire la version, on fut obligé de transporter la malade en voiture à Vilna; le trajet demanda huit heures. A son arrivée elle avait une fièvre vive, des contractions très douloureuses et se suivant rapidement. On trouva l'utérus dans un état de contracture très forte et constante et une procidence du bras. Sous la narcose chloroformique on réussit, dix-sept heures après le commencement des contractions et trois jours après l'issue des eaux, à faire la version podalique et à extraire un enfant mort. Suites graves : métrite et paramétrite, d'après le compte rendu hospitalier.

Au commencement de la deuxième semaine de l'état puerpéral, on remarque que les fèces et l'urine passent par le vagin. On découvre une fistule vésico-vaginale. Au bout de la deuxième semaine, la malade quitte l'hôpital, et quatre semaines après se présente à la clinique de Kônigsberg.

Au moment de son entrée, elle est très amaigrie, exténuée, à peine capable de se soutenir. Abdomen affaissé sur la symphyse pubienne. En avant et au-dessus de l'utérus volumineux, aussi bien à droite qu'à gauche, on trouve des masses d'exsudats. Dans n'importe quelle position du corps il sort du vagin une masse fluide formée d'un mélange d'urine et de fèces et qui répand une odeur fétide insupportable, bien que le vagin soit tamponné avec de nombreuses éponges. La chose se comprend, parce que, dans le trajet jusqu'à Kônigsberg, une partie de la sécrétion a été retenue.

Le vagin, la vulve, le périnée, sont excoriés et si douloureux qu'il est difficile de faire un examen suffisant. On ne peut y parvenir qu'au

bout de quelques jours, lorsque ces altérations secondaires de la peau se sont améliorées. Alors on trouve une fistule vésico-vaginale transverse, longue de 3 centimètres et à bords tuméfiés. On cherche l'ouverture par laquelle sortent les matières fécales à la paroi recto-vaginale sans pouvoir la trouver ; la paroi est intacte ; il faut qu'il y ait une communication du vagin avec des portions plus élevées de l'intestin ; la nature de l'écoulement et la consistance des matières portent à le croire. Elles apparaissent une demi-heure ou une heure après le repas et ont l'aspect du contenu de l'intestin grêle. Presque toujours les matières contenues dans le vagin étaient colorées en vert par la bile. Les recherches microscopiques ont montré qu'elles étaient formées de fibres musculaires ou végétales incomplètement digérées.

On remplit d'eau le rectum au moyen d'un lavement ; il ne s'écoule pas de liquide dans le vagin comme dans les cas de fistule recto-vaginale. La recherche, reprise quelques jours après, montre que l'ouverture, qui a 1 centimètre de diamètre, et est infundibuliforme, siège sur la paroi antérieure du vagin, en haut et juste en avant de la lèvre antérieure du col utérin. On réussit à la sentir, mais non à la voir. Nous nous servons dans ce but d'un spéculum univalve de Sims pour déprimer la paroi postérieure du vagin et introduire le miroir d'un laryngoscope au moyen duquel on aperçoit très bien la fistule. Il est extrêmement probable que nous avons affaire à une fistule entre l'intestin grêle et le vagin. On devra couper de nombreuses brides cicatricielles dans le vagin et en même temps on tentera d'obtenir le rétrécissement de la fistule par la cautérisation. Une intervention opératoire active sera faite quand les organes génitaux auront repris leur place naturelle. Dans ce but nous cherchons à améliorer l'état général et à observer la plus grande propreté. Malgré cela la malade maigrit de jour en jour, et il est à craindre qu'elle s'affaisse rapidement. Elle était si mal dans les premiers jours d'avril qu'on en vint à avoir cette heureuse pensée de la mettre sur son séant, munie d'un urinal.

A partir de ce moment, amélioration rapide générale et locale; tandis que jusque-là tout le contenu intestinal s'était écoulé par la fistule, il en est sorti par le rectum pour la première fois depuis l'accouchement. Alors l'examen vaginal montre aussi d'excellents résultats. Après deux cautérisations, les deux fistules se sont sensiblement rétrécies ; la quantité des matières fécales qui suivent leur voie na-

turelle augmente, et la partie liquide qui s'écoule par le vagin diminue.

Le 25 avril, pour la quatrième fois, on cautérise avec le nitrate d'argent solide, puis, comme on veut encore cautériser le 30 avril, on trouve l'orifice fistuleux fermé. Pour avoir une preuve plus complète de sa fermeture, on examine au microscope le dépôt laissé par le liquide qui s'écoule par le vagin.

C'était maintenant à la fistule vésico-vaginale, qui s'était déjà rétrécie, de se fermer. On coupe les brides et on cautérise le point de section avec le nitrate d'argent, de même que les bords de la fistule, qui finit par se rétrécir à tel point qu'elle était à peine perméable à la boule d'une sonde utérine. La guérison survint par la suture après avivement et la malade put quitter l'hôpital, guérie, le 16 juin. On ne trouvait plus dans le vagin que des cicatrices blanchâtres, vestiges des anciennes fistules.

Nous arrivons maintenant aux opérations sanglantes.

Avant d'agir directement sur l'orifice de la fistule, on dut faire, dans quelques cas, des *opérations préliminaires*, ayant pour but, les unes de permettre au chirurgien d'aborder la fistule, les autres d'assurer le libre cours des matières après la fermeture de l'anus anormal.

Ces opérations étaient les suivantes :

1° Excision d'un prolapsus intestinal (Bartels, Röseler);
2° Section d'un rétrécissement du vagin (Simon);
3° Section de l'éperon (Weber-Heine, Verneuil);
4° Création d'une fistule iléo-rectale (Casamayor).

*Excision d'un prolapsus intestinal.* — Bartels procéda de la manière suivante. Après s'être assuré que l'utérus était dans sa position normale et que le prolapsus ne renfermait aucun organe important, on protégea le vagin avec des compresses mouillées, on saisit le prolapsus et on le retrancha le plus près possible de sa racine avec un cautère rougi, en forme de coin, construit spécialement dans ce but. L'hémorrhagie fournie par plusieurs rameaux gros ou petits de la mésenté-

rique supérieure fut arrêtée également par le fer rouge. Cette opération n'amena aucune réaction ((obs. XLI).

M. Röseler ne donne aucun détail sur la manière dont fut faite la résection de l'intestin hernié (obs. XIV).

*Incision de rétrécissement vaginal.* — Dans le cas de Simon, il existait à 4 centimètres de la vulve un rétrécissement étroit qui empêchait d'arriver jusqu'à la fistule avec le doigt ou les instruments. Le chirurgien incisa donc très largement ce rétrécissement, sépara la lèvre postérieure du col de ses adhérences et prépara ainsi un orifice perméable au doigt, et qui conduisait dans l'espace compris entre le rectum et la face postérieure de l'utérus. Pour maintenir l'ouverture et l'agrandir même, Simon y plaça un morceau d'éponge préparée. Bien que cette opération eût été peu longue et peu douloureuse, dès le soir survinrent dans le bas-ventre des douleurs violentes, qui ne cessèrent qu'après l'ablation de l'éponge. Une péritonite généralisée enleva la malade le sixième jour.

### Observation XXXVII.

*Accouchement laborieux ; fistule vésico-vaginale ; cinq ans après, à la suite d'une forte cautérisation à la potasse caustique, phénomènes d'étranglement interne ; au septième jour, anus iléo-vaginal ; plus tard, tentative opératoire, péritonite ; mort* (1).

Femme Ruhts, 37 ans, accoucha pour la première fois à l'âge de 30 ans (1850) d'une façon tout à fait normale. Elle eut son second enfant trois ans après.

Ce deuxième accouchement fut très laborieux, très prolongé, et dut être terminé avec le forceps ; il s'ensuivit un écoulement involontaire de l'urine. Celle-ci coulait dans la position debout et dans les grands mouvements ; elle était en partie retenue dans les positions assise et couchée. La menstruation revint deux mois après et resta régulière Cependant il n'y eut pas de nouvelle grossesse.

(1) Simon. *Monatschrift für Geburtskunde*, 1859, t. XIV, p. 439.

Au printemps de 1857 je vis cette femme pour la première fois; les parties génitales externes et le vagin étaient baignés par l'urine; la vulve était en plusieurs points excoriée et couverte de végétations condylomateuses. A l'orifice vaginal se trouve une rectocèle grosse comme le poing, dans laquelle les fèces s'accumulent souvent et occasionnent à la malade de grandes douleurs au moment de la défécation.

Pour découvrir la fistule, j'examinai le vagin dans le décubitus dorsal avec le doigt et le spéculum, mais sans succès. Du lait étendu d'eau injecté dans la vessie arrivait dans le vagin et semblait provenir du côté gauche de la voute vaginale, mais on ne pouvait néanmoins découvrir l'ouverture.

La patiente ayant été placée sur les genoux et les coudes, le spéculum à 4 valves appliqué et une injection laiteuse poussée dans la vessie, j'explorai tout le cul-de-sac vaginal antérieur et réussis à trouver l'orifice. Ayant poussé la pointe du spéculum entre la lèvre antérieure du col et la paroi vaginale, et ayant écarté les valves pour séparer les deux parties, je vis le lait sortir en jet fin de l'angle le plus profond du cul-de-sac du côté gauche. L'orifice siégeait au fond d'une cicatrice profonde, rayonnée, fortement adhérente aux os, recouverte par la portion vaginale du col utérin, et qui ne pouvait pas plus s'abaisser que l'utérus lui-même, solidement fixé.

En raison de l'étroitesse de la fistule, j'espérais obtenir la guérison par la cautérisation, d'autant plus indiquée d'ailleurs que l'accessibilité difficile de l'orifice aurait rendu une opération sanglante extrêmement laborieuse et le succès fort douteux.

Dans l'espace de six semaines, je cautérisai six fois avec le nitrate d'argent et deux fois avec la potasse caustique. Après chaque cautérisation la malade regagnait sa demeure, située seulement à trois heures de Darmstadt.

Ce traitement amena une amélioration considérable. Après chaque cautérisation l'urine pouvait être retenue volontairement pendant 4 ou 5 jours, et à la chute de l'eschare elle s'écoulait en quantité moindre qu'avant l'application du caustique.

Je fis la dernière cautérisation à la fin de mai 1858 et cette fois j'employai un petit cône de potasse caustique. Trois semaines après, lorsque la femme se présenta pour subir une nouvelle cautérisation je trouvai les bords de la plaie encore saignants; aussi je ne les touchai pas, pour laisser la rétraction inodulaire faire tout son effet.

Huit jours après le dernier examen éclatèrent, sans symptômes précurseurs, les phénomènes d'un étranglement interne qui furent vainement combattus par les lavements et les purgatifs de toute sorte.

Au septième jour, lorsque la malade semblait inévitablement perdue, l'intestin étranglé se rompit spontanément dans le vagin, les matières fécales s'échappèrent par cette voie et les vomissements cessèrent

Cependant l'inflammation gangréneuse du vagin continua encore longtemps. De grands lambeaux de tissus se détachèrent; un liquide putrilagineux infect, composé de pus, d'urine, et de fèces, coulait continuellement par le vagin, causant sur toutes les parties qu'il mouillait d'indicibles douleurs ; une eschare se forma avec fièvre intense, 180 pulsations, langue sèche, brunâtre. La femme devint comme un squelette et, deux mois durant, on crut qu'elle ne pourrait jamais résister à ces accidents.

Cependant l'état s'améliora, la fièvre cessa et l'eschare guérit.

Le 6 août, la malade avait repris assez de forces pour pouvoir être amenée à Darmstadt dans une maison de santé.

Son état cependant était encore bien lamentable. La maigreur était extrême. Dans aucune position, pas une seule goutte d'urine n'était retenue, et par le vagin s'échappaient des matières fécales infectes, mélangées à des aliments à moitié digérés. La vulve, l'anus et les parties environnantes, jusqu'au coccyx, étaient à vif et extraordinairement douloureux. L'appétit était perdu ; il y avait de la fièvre le soir ; assez souvent, après l'ingestion d'aliments de difficile digestion, survenaient de violentes douleurs dans le bas-ventre, avec fièvre vive, langue sèche, etc.

A l'examen, on trouvait les parties génitales externes fortement attirées en dedans et en haut par des brides cicatricielles ascendantes. La rectocèle avait disparu, le méat urinaire était retiré en arrière, le vagin rétréci et induré par des masses cicatricielles.

A quatre centimètres environ de l'orifice uréthral, le doigt rencontrait dans le vagin un rétrécissement annulaire si étroit qu'on y pouvait à peine introduire la dernière phalange de l'auriculaire. Ce rétrécissement était le conduit excréteur commun de l'urine et des fèces, qui provenaient des fistules urinaire et stercorale placées au-dessus de la stricture et inaccessibles au doigt explorateur.

Les matières fécales étaient peu épaisses, jaunes, en forme de

bouillie à demi digérée ; d'ordinaire elles s'échappaient par le vagin quelques heures après les repas.

Par le toucher rectal au contraire, on sentait des matières solides, et j'appris que tous les deux jours de telles matières étaient évacuées par l'anus.

En examinant la cloison recto-vaginale, avec un doigt dans le rectum et une sonde portée dans le vagin au travers et au-dessus du rétrécissement, je ne trouvai aucune communication, et même tout semblait dans l'état normal aussi haut que le doigt pouvait atteindre.

En considérant la formation rapide de la fistule stercorale après les signes d'un étranglement aigu, la nature des matières rendues quelques heures après le repas et formées par une bouillie d'aliments à moitié digérés, tandis que le rectum renfermait des matières dures, expulsées à la façon accoutumée, enfin l'impossibilité de découvrir aucune perforation de la cloison recto-vaginale, il est certain qu'on avait affaire à une fistule vaginale de l'intestin grêle qui, après la destruction gangréneuse du vagin, s'était abouchée avec l'ancienne fistule vésico-vaginale. Devenue un objet de dégoût et d'horreur pour elle et son entourage, cette femme me demandait sans cesse de l'opérer, de la délivrer de son mal, ou au moins d'améliorer sa position.

Huit semaines après son entrée dans la maison de santé, l'état général s'était assez amendé pour que j'osasse dilater latéralement le rétrécissement annulaire du vagin pour explorer les deux fistules urinaire et stercorale. Je trouvai la cavité située au-dessus du rétrécissement divisée en trois parties par deux brides transversales épaisses, réprésentant les lèvres du col utérin, et se continuant sur les côtés avec la partie supérieure du rétrécissement.

La loge postérieure (correspondant au cul-de-sac vaginal détruit) d'où l'on voyait très distinctement sortir les matières fécales fluides, était en rapport avec le rectum mais ne lui adhérait nulle part. En portant le doigt très haut jusqu'au promontoire et au sommet de la loge en question, on pouvait sentir sur le côté gauche un orifice à bords tranchants, assez grand pour admettre la pointe du doigt qui pénétrait ainsi dans la cavité même de l'intestin grêle. La perforation intestinale en ce point communiquait avec le vagin.

La loge moyenne répondait à la cavité utérine. Les lèvres du col étaient latéralement soudées avec le vagin, et l'orifice utérin si élargi qu'on pouvait sans peine y introduire la dernière phalange de l'index. La cavité de l'utérus semblait aussi dilatée, et le bouton de la

sonde utérine pouvait être senti au-desus de la symphyse pubienne à travers la paroi abdominale.

Enfin la troisième loge ou loge antérieure, correspondant au cul-de-sac vaginal antérieur, était également très profonde. Après avoir élargi l'entrée de cette cavité, je pus y pénétrer avec le doigt et sentir le sommet du cul-de-sac perforé ; la pointe du doigt put pénétrer jusque dans la vessie et s'y mettre en contact avec un cathéter introduit par l'urèthre.

La fistule vésico-vaginale jadis si étroite, et que j'avais pendant près de neuf mois cherché à fermer par la cautérisation, s'était également considérablement agrandie par la gangrène de la paroi vésico-vaginale.

Cette exploration, et en particulier celle de la vessie, fut extraordinairement douloureuse : elle fut cependant bien supportée. Les douleurs se calmèrent bientôt, et malgré les incisions dilatatrices multiples du rétrécissement vaginal, il n'y eut pas de fièvre.

D'après cet examen, il n'y avait pas à songer à attaquer directement les fistules urinaire et stercorale, parce qu'elles siègeaient à une hauteur considérable dans un vagin très étroit et inextensible et que leur pourtour était fortement soudé aux parties ambiantes. On ne pouvait obtenir la continence de l'urine et des fèces qu'en oblitérant le vagin au-dessous des deux fistules et au-dessus de l'orifice uréthral, auquel cas la partie supérieure du vagin et de la vessie deviendrait le réservoir de l'urine et des matières fécales qui s'écoulaient par l'urèthre volontairement fermé.

J'aurais encore pu établir une large communication entre le vagin et le rectum, c'est-à-dire une grande fistule recto-vaginale, et ensuite oblitérer le vagin transversalement au-dessous. De cette manière, après la réussite de cette dernière opération, le réservoir urino-fécal aurait eu un conduit éxcréteur volontairement fermé, dans l'urèthre d'abord, mais principalement dans l'anus.

J'adoptai ce dernier plan, dans la crainte que l'urèthre fût trop étroit pour donner une issue facile aux fèces, et que le séjour prolongé de celles-ci dans le vagin et dans la vessie provoquât la formation de calculs, une irritation vésicale violente, etc., tous accidents beaucoup moins à redouter après la création d'une large communication du vagin avec le rectum.

Six semaines plus tard, j'incisai très largement le rétrécissement vaginal qui s'était reproduit, je séparai la lèvre postérieure du col

de ses adhérences, et préparai ainsi un orifice perméable au doigt et qui conduisait dans l'espace compris entre le rectum et la face postérieure de l'utérus.

Pour maintenir l'ouverture et l'agrandir même, j'y plaçai un morceau d'éponge préparée, afin d'établir plus tard au-dessus du rétrécissement la communication entre le vagin et le rectum.

Bien que cette opération eût été peu douloureuse et peu étendue, dès le soir survinrent dans le bas-ventre des douleurs violentes qui ne cessèrent qu'après l'ablation de l'éponge. Le pouls monta à 130 pulsations ; sueurs froides, langue brune et sèche, délire ; mort le sixième jour.

*Autopsie.* — La mort a été causée par une péritonite généralisée. L'examen des organes pelviens montra que des anses d'intestin grêle, intimement soudées et entrecroisées en tous sens, remplissaient complètement l'espace compris entre le rectum, l'utérus et le vagin, jusqu'au rétrécissement vaginal décrit plus haut, et qui se trouvait seulement à 4 centimètres du méat urinaire. Le cul-de-sac vaginal postérieur était largement détruit. Au sommet et à gauche de la cavité ainsi formée, on voyait une anse intestinale perforée assez largement pour y pouvoir introduire la phalange unguéale de l'indicateur. Au lieu perforé se trouvait un pli de l'intestin qui cependant n'était pas assez considérable pour que le passage fût intercepté à ce niveau, ce qui explique comment la malade avait tous les deux jours une selle régulière par l'anus.

La perforation de l'iléon avait lieu à peu près à 4 pouces de la valvule iléo-cæcale.

Le cul-de-sac vaginal antérieur avait été aussi en grande partie détruit par la gangrène, et, quand on portait le doigt en haut en suivant la face antérieure de l'utérus, on pénétrait directement dans la vessie. Celle-ci était revenue sur elle-même et contenait deux calculs phosphatiques aisément friables, dont le noyau était constitué par une petite masse fécale qui avait passé de la fistule stercorale dans la vessie par la fistule vésico-vaginale.

L'utérus était accru de volume et sa cavité très dilatée. Des adhérences anciennes et récentes unissaient son fond avec l'intestin grêle. Il ne restait du vagin que la portion comprise entre la vulve et le rétrécissement qui adhérait au col utérin. Toute la partie supérieure avait été détruite. Le rectum était intact et rempli de matières fécales dures.

*Section de l'éperon.* — Weber et Heine firent construire un entérotome modifié dont les branches parallèles, plus longues d'un pouce et demi environ que celles de l'entérotome ordinaire, étaient arquées sur le plat pour correspondre à la courbure du bassin.

Cet instrument fut appliqué de la manière suivante. La malade étant couchée sur le dos, les jambes fléchies, le vagin fut ouvert par un spéculum à trois branches; l'entérotome fut alors porté le long de la paroi postérieure du vagin avec sa concavité dirigée en avant et ses branches écartées d'un pouce, puis introduit avec précaution et parallèlement à la courbure du bassin dans les bouts de l'intestin, à une profondeur d'un pouce et demi environ. On serra ensuite progressivement la vis de façon à comprimer l'éperon assez, mais toutefois pas trop fortement. Pendant ce temps, et pour s'assurer qu'on ne saisissait rien de trop, on fit exécuter à l'entérotome de petits mouvements de va et vient, on introduisit une sonde dans la vessie et on pratiqua le toucher par le rectum. La partie de l'instrument qui pendait hors de la vulve fut fixée par un cordon à un bandage de corps placé autour du bassin. Le vagin, autour de l'entérotome, fut rempli de charpie molle, et lorsque la malade fut reportée dans son lit, on plaça sous son siège un coussin de charpie. Les jours suivants, aucun accident; on changea tous les jours la charpie vaginale; le quatrième jour, on resserra un peu l'entérotome qui était devenu lâche, et le sixième jour on l'enleva. Plus tard, après l'insuccès des cautérisations, on fit une nouvelle application de l'entérotome, puis on pratiqua la suture après avivement.

M. Verneuil agit plus simplement. L'index gauche étant dans la fistule, près de l'éperon, le chirurgien fit glisser le long de ce doigt, comme conducteur, une pince à polypes, saisit la languette intestinale avec la pince et ferma celle-ci en serrant très fort le cran d'arrêt. Il n'y eut pas d'accident à la suite; la pince tomba d'elle-même trois jours après.

Quelques jours après, pour mieux saisir l'éperon, M. Ver-

neuil attira le col de l'utérus en bas avec une érigne, qu'il confia à un aide, puis il introduisit l'index gauche dans la fistule comme la première fois, saisit l'éperon et ferma la pince. Elle resta onze jours en place et se détacha seule, renfermant entre ses mors une large plaque de l'éperon.

Malgré l'absence de phénomènes de réaction, il se fit pendant ce temps, au voisinage de la fistule, un travail inflammatoire qui amena l'oblitération du bout inférieur de l'intestin, à quelques milimètres de l'éperon. Le résultat de l'opération fut donc absolument nul, ou plutôt même défavorable.

(*A suivre.*)

---

## DE LA CONCEPTION AU COURS DE L'AMÉNORRHÉE.

**Par le Dr André Petit,**
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

SUITE (1).

Plus fréquemment, peut-être, la torpeur de l'utérus, se révélant aux époques de l'ovulation par l'aménorrhée qui en est la conséquence, trouve son explication dans une lésion plus ou moins prononcée de la muqueuse qui revêt sa face interne. C'est du moins ce qui semble résulter du fait intéressant publié par M. le Dr *Burdel* (de Vierzon) (2).

Nous résumons ici cette observation rédigée, dans le texte original, sous forme de lettre adressée à M. Gallard.

**Observation V (du Dr Burdel, de Vierzon).**

Appelé une nuit auprès d'une jeune femme de 21 ans, primipare, qu'une matrone de village venait d'accoucher, je trouvai l'enfant vivant, très fort, mais le placenta, qui était adhérent et avait été tiraillé

---

(1) Voir les numéros de mars et avril.

(2) Burdel (de Vierzon). In *Annales de gynécologie*, t. XI, 1879.

brutalement, gisait dans une nappe de sang entre les jambes de la malade avec l'utérus sorti au dehors et retourné comme un gant. La jeune femme était exsangue, inanimée et tombée en syncope.

Après m'être assuré qu'elle vivait encore, et lui avoir prodigué les premiers soins, je détachai lentement, en m'aidant des ongles, le placenta du fond de l'utérus. Je tentai alors la réduction de l'utérus, ce qui me fut facile, car ni le col, ni le corps n'étaient contractés, si bien qu'avec les doigts d'abord et le poing ensuite, je réduisis le fond de l'utérus et le remis en place.

Je fis prendre à la malade une limonade vineuse et ne me retirai que lorsqu'elle fut revenue à elle, lavée, changée de linge et placée dans un autre lit.

Le lendemain, l'hémorrhagie ne s'était pas renouvelée et l'état général était aussi satisfaisant que possible. T. 38°, P. 86. Douleur dans le ventre, sensation de brisement et fatigue extrême. L'utérus, sans être globuleux, semblait contracté et revenu sur lui-même.

Je fus rappelé, peu après mon départ, pour une nouvelle hémorrhagie; la malade avait encore perdu une notable quantité de sang et était retombée en syncope. Je prescrivis les cordiaux et une potion à l'ergotine.

Quelques jours après : symptômes de métro-péritonite assez aiguë, avec fièvre puerpérale et accès pernicieux (la *malaria* est endémique dans le pays). Les badigeonnages de l'abdomen avec le collodion, et l'administration du sulfate de qninine, aidé pendant longtemps des préparations de fer et de quinquina, triomphèrent de cette première et terrible complication. Mais l'état anémique très prononcé, de nouveaux accès pernicieux, et enfin une phlébite et une angioleucite utérine, compliquées de leucocythémie des plus profondes, mirent pendant dix mois les jours de la malade en danger. Grâce à sa bonne constitution et à l'influence des conditions de salubrité qu'on ne rencontre qu'à la campagne, la guérison fut obtenue complète et la convalescence elle-même était terminée après dix-huit mois.

Pendant tout le temps que dura la convalescence, la jeune femme, bien entendu, ne fut pas menstruée. Jusque-là rien d'extraordinaire ni d'anormal, puisque l'aménorrhée est le plus souvent la conséquence de l'anémie. Mais lorsque cette jeune femme fut rendue à la santé, que le sang fut redevenu aussi riche et abondant que le comporte la santé parfaite, la menstruation ne se fit pas davantage.

Deux ans et demi s'étaient déjà écoulés depuis ce terrible accouchement et les accidents qui s'ensuivirent, que cette jeune femme devint enceinte, sans avoir vu ses règles reparaître. Le second accouchement fut plus heureux que le premier; l'enfant vint au monde viable et assez fort. Il fut nourri par sa mère; mais, pendant comme après l'allaitement, les menstrues ne revinrent pas, et ce second enfant avait déjà seize mois, que cette femme devint enceinte pour la troisième fois.

Le troisième accouchement fut aussi heureux que le second; l'enfant fut nourri, puis sevré, et toujours les règles ne reparurent pas.

Enfin, voilà quinze ans que ces faits se sont passés, et cette femme, qui n'a aujourd'hui que trente-six ans, n'a jamais revu ses règles, bien qu'un quatrième enfant ait été mis au monde il y a six ans.

M. le Dr *Burdel* fait suivre cette observation curieuse de réflexions que nous ne pouvons mieux faire que de reproduire: « Comment, dit-il, faire concorder ces fonctions physiologiques de l'utérus, dont une partie a été interrompue pour toujours, tandis que l'autre est restée en activité? Qu'est devenue, dès lors, chez cette femme, cette fonction de menstruation dont le but est d'aider et de participer au phénomène de l'ovulation, sans lequel la fécondation et la conception ne sauraient se faire? Quels désordres se sont donc produits chez cette femme, à l'époque de l'inversion de l'utérus, pour détruire et faire disparaître à tout jamais la menstruation que, jusqu'à présent on a regardée, non sans raison, comme des plus importantes, pour ne pas dire indispensable, à la fécondation et à la conception?

« L'appareil ovarien est resté intact et a pu accomplir les fonctions qui lui sont dévolues, voilà ce qui ressort de ce fait, puisque trois grossesses normales se sont produites; mais du côté de la membrane muqueuse utérine et du tissu utérin lui-même, que s'est-il passé? Voilà ce qui reste à indiquer, et ce que je ne puis dire, attendu qu'au moment où je suis arrivé et où j'ai réduit l'inversion, ma curiosité était attirée vers un point plus important. »

En réponse aux questions posées par M. Burdel, M. *Gallard*

a formulé l'explication suivante, qui constitue un argument précieux à l'appui de la thèse que nous soutenons.

« Il faut, de toute nécessité, pour que cette femme ait pu avoir ses trois dernières grossesses, que les fonctions de ses ovaires aient persisté ; il n'est d'ailleurs pas probable que les trois ovules qui ont été fécondés soient les seuls qui aient été amenés à maturité : aussi devons-nous admettre que le travail d'ovulation a eu lieu chez elle comme chez les autres femmes, à dater du jour où elle a été complètement rétablie.

« Si l'utérus n'a pas répondu à l'appel des ovaires, et s'il n'a fourni aucun écoulement sanguin, c'est que, sans doute, sa muqueuse avait été profondément modifiée dans sa structure par son exposition à l'air et par les phénomènes morbides dont elle a été le siége à la suite de la réduction. Peut-être les règles ont-elles été remplacées par un flux leucorrhéique : ce renseignement nous manque ; mais si ce flux lui-même a fait défaut, c'est que l'exfoliation de la muqueuse utérine avait amené la destruction plus ou moins complète des glandes mucipares. Malgré cela, tout en devenant incapable de permettre l'écoulement du sang, ou de fournir une sécrétion muqueuse, cette membrane a pu conserver les qualités nécessaires pour recevoir le germe fécondé, lui permettre de se greffer sur elle et de s'y développer dans des conditions parfaitement physiologiques. »

Il n'existera pas toujours de lésions utérines aussi facilement appréciables et nous devons nous occuper d'un tout autre ordre de causes produisant l'aménorrhée, sans altérer la ponte ovulaire : nous voulons parler de l'influence de la santé générale de la femme, de son état pathologique et des conditions d'existence au milieu desquelles elle se trouve placée.

On peut résumer en un mot la pathogénie de l'aménorrhée dans ces circonstances multiples qui semblent toutes agir de la même façon : elle résulte de l'*anémie*. Que cette anémie soit essentielle, simple, qu'il s'agisse de chlorose, de la convalescence d'une grave maladie, d'une cachexie déterminée, d'une diathèse en voie d'évolution, des privations ou de la misère,

enfin qu'elle résulte d'une cause morbide quelconque, l'interprétation des phénomènes reste identique : *l'état anémique de la malade ne lui permet pas de fournir les éléments de l'hémorrhagie menstruelle, bien que sa muqueuse utérine y soit sollicitée par le travail physiologique qui se passe dans l'ovaire.*

Peut-être nous dira-t-on que, chez une femme atteinte aussi profondément dans sa santé générale, l'évolution des vésicules de de Graaf n'a pas lieu, que l'ovaire reste silencieux à l'égal de l'utérus, et que, si les règles ne se montrent pas, c'est que la ponte ovulaire elle-même est suspendue. Il nous sera facile de réfuter cette objection toute théorique : il est aujourd'hui un fait d'observation bien établi, c'est la constatation, sur les ovaires de femmes phthisiques, mortes après avoir présenté une période plus ou moins longue d'aménorrhée, de cicatrices multiples et de corps jaunes en voie de régression plus ou moins complète, traces indélébiles et irréfutables de la ponte ovulaire qui a persisté jusqu'à la terminaison fatale.

Un des exemples les plus connus a été publié par M. *de Sinéty* : il est relatif à une jeune femme morte de phthisie pulmonaire après une période d'aménorrhée totale de plusieurs mois, et dont l'un des ovaires présentait à l'autopsie un corps jaune de formation récente. Ces faits ne sont pas exceptionnels et nous en trouvons un semblable relaté dans la thèse inaugurale de notre excellent collègue et ami le Dr *Vermeil* (1) : il s'agit d'une femme de 22 ans, tuberculeuse, qui entra, le 21 avril 1880, à la Pitié. Elle était à ce moment aménorrhéique depuis cinq mois. Elle succomba, le 9 août, aux progrès de la phthisie pulmonaire et aux graves désordres amenés par une pelvi-péritonite ; il y avait donc à cette époque près de neuf mois qu'elle n'avait eu d'hémorrhagie menstruelle ; or, « l'ovaire droit, gros comme une grosse amande, présentait une surface inégale, sillonnée de cicatrices dans sa partie interne. La moitié externe était lisse, d'un blanc mat, comme entourée

(1) Vermeil, *Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses*. Thèse de Paris, 1880.

d'une coque fibreuse. A la coupe, on trouvait trois follicules en voie de régression; l'un d'eux, gros comme un pois, présentait une cavité tapissée par une membrane jaune d'ocre. Dans l'ovaire gauche, d'un tiers environ moins volumineux, on trouvait un petit corps jaune, gros comme un grain de mil. La muqueuse utérine était lisse et saine. »

La continuation de la ponte ovulaire n'est donc pas douteuse chez les tuberculeuses devenues aménorrhéiques, la plupart des gynécologistes ont signalé le fait, et d'ailleurs nous avons, comme bien d'autres, observé nous-même maintes fois que chez les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire la menstruation ne se supprime pas, d'ordinaire, tout d'un coup, mais que, progressivement et parallèlement à la marche de la cachexie, l'écoulement mensuel devient à chaque époque moins abondant, séro-sanguinolent, leucorrhèique, et finit par disparaître entièrement. Ces femmes, du reste, conservent jusqu'à la fin l'appétit génésique, qui même semble parfois exalté chez elles: comment pourrait-on concilier ces phénomenes avec la torpeur de l'ovaire et l'arrêt de toutes les fonctions de reproduction ?

Nous pourrions tenir un raisonnement analogue pour la plupart des autres causes d'anémie grave, mais ce qui vient prouver bien plus clairement encore la continuation de la ponte ovulaire dans des cas semblables, ce sont les observations de grossesse survenue pendant le cours de l'aménorrhée anémique.

Le fait suivant nous a paru être un exemple probant de l'existence du *molimen* mensuel accompagné de *règles blanches*, en même temps que de la possibilité d'une conception pendant le cours de l'aménorrhée.

OBSERVATION VI (personnelle; inédite).

La nommée Louise Stebl..., âgée de 26 ans, peintre sur cadrans, vient nous consulter le 29 janvier 1883.

Son père est mort d'une affection cérébrale; sa mère est vivante et d'une bonne santé.

Elle a été réglée dans son pays, en Suisse, à l'âge de 15 ans 1/2. La menstruation fut, dès le début, assez difficile et présenta quelques irrégularités. Elle se maria à 18 ans, et les rapports conjugaux n'amenèrent aucune modification importante dans son état de santé. Elle était faible, pâle et toussait fréquemment. Elle n'avait pas de leucorrhée.

Elle devint enceinte et accoucha à terme à l'âge de 19 ans et trois mois ; l'accouchement fut normal ; elle ne nourrit pas son enfant. Le retour de couches se fit à peu près à l'époque voulue, mais la menstruation fut encore plus irrégulière.

Elle vint à ce moment à Paris et fut soumise à des privations assez pénibles ; sa santé s'altéra, elle perdit ses forces et vit apparaître une leucorrhée assez abondante. Elle devint d'ailleurs enceinte de nouveau et accoucha au mois de septembre 1877 ; elle nourrit pendant trois mois. Les règles parurent à partir de ce moment avec une grande irrégularité; elle avait des suppressions sans cause, de trois et quatre mois et, en 1879, elle resta pendant sept mois sans *voir de sang*. Elle indique d'ailleurs très nettement que, pendant les périodes où ses règles venaient à manquer, elle éprouvait *tous les mois*, à peu près à époque fixe, *les mêmes phénomènes douloureux* dans le bas-ventre, les mêmes sensations qui accompagnaient les règles véritables, et que, pendant quatre à cinq jours, durée ordinaire de ses règles, elle *perdait en blanc* avec une abondance inaccoutumée ; elle a même remarqué que parfois ces pertes périodiques ont été *légèrement teintées en rose.*

A cette époque, du reste (1879), elle fut atteinte d'une bronchite aiguë (?) à la suite de laquelle elle a toujours toussé et a expectoré des crachats épais, jaunâtres, assez abondants ; tous ces phénomènes étaient plus marqués l'hiver. Depuis quelque temps elle a maigri davantage, a eu des sueurs nocturnes et a, dernièrement, remarqué du sang dans ses crachats pendant plusieurs jours. Elle a eu, à certains moments, des alternatives de diarrhée et de constipation, des vomissements produits par la toux.

Elle devint enceinte, pour la troisième fois, au mois d'avril 1880 et accoucha à terme en décembre ; elle ne peut dire, d'ailleurs, si elle avait eu des règles vraies pendant les deux ou trois mois qui ont précédé cette nouvelle grossesse.

Elle a nourri son enfant pendant treize mois, jusqu'en janvier 1882, et a eu, au neuvième mois de l'allaitement, une époque de règles qui

s'est renouvelée les deux mois suivants; les deux derniers mois de l'allaitement furent de nouveau marqués par de l'aménorrhée et, depuis lors, les règles furent très irrégulières dans leur apparition et dans leur abondance, mais toujours elles furent remplacées par un *molimen* et des *règles blanches* très nettes.

Enfin, depuis six mois (août 1882, les dernières règles ayant paru en juillet) elle n'a pas été menstruée; elle a du reste constaté, depuis deux mois environ, que son ventre augmentait de volume, que ses seins grossissaient sans être cependant le siège d'aucune sensation spéciale; elle a eu quelques nausées, souffre un peu dans le bas-ventre. Cet état l'inquiète et elle se demande si elle serait enceinte une quatrième fois; elle ne croit pourtant pas l'être de six mois, son ventre, dit-elle, n'est pas assez gros et elle n'a pas senti remuer.

A l'examen on constate une saillie assez marquée de la région inférieure de l'abdomen, plus prononcée à droite, et au niveau de laquelle existe une matité à convexité supérieure. A la palpation, on trouve une tumeur ovoïde, résistante, de consistance uniforme qui remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis; au toucher, le col de l'utérus est mou, saillant, peu entr'ouvert, surmonté du corps de l'utérus, évasé, volumineux; la palpation unie au toucher démontre que la tumeur abdominale est formée par le corps de l'utérus. On ne constate ni ballottement, ni mouvements actifs d'un fœtus, ni bruits de battements cardiaques.

Les seins sont assez volumineux, l'aréole brune, surmontée de quelques tubercules de Montgomery.

L'inspection des organes thoraciques révèle une respiration rude au niveau des sommets du poumon, surtout du côté gauche où existent quelques rares craquements secs. On ne constate rien d'anormal au niveau de la région précordiale.

Nous avons diagnostiqué une grossesse de trois mois et demi à quatre mois, survenue pendant une période d'aménorrhée datant de deux à trois mois; en effet, il n'est pas douteux, il nous semble, que cette femme ne soit enceinte et aussi que la grossesse ne soit pas parvenue encore au sixième mois, bien que les règles n'aient pas paru depuis cette date. La malade accuse, d'ailleurs, avoir éprouvé le *molimen* menstr

pendant les trois ou quatre premiers mois de cette aménorrhée; il ne se serait pas montré depuis.

Nous conduisons cette femme, le 15 février, à la consultation de notre excellent maître M. Gallard à l'Hôtel-Dieu. Après un examen minutieux, il confirme de tout point notre diagnostic.

L'état de faiblesse et d'épuisement de la nommée Louise Steb..., résultant des privations auxquelles elle a été soumise, de grossesses multiples et d'un allaitement prolongé, se révèle d'ailleurs par sa pâleur, son amaigrissement, la perte de ses forces, son essoufflement facile; elle présente, en outre, des symptômes fonctionnels et des signes physiques non douteux de tuberculose pulmonaire ; est-il besoin de chercher une autre explication des troubles menstruels et de l'aménorrhée que nous avons signalés ? La ponte ovulaire a cependant continué à se faire régulièrement, ce que démontrent le *molimen* mensuel, les règles blanches, et surtout la conception ; mais l'incitation partie de l'ovaire, bien que retentissant sur l'utérus, a été insuffisante à diverses reprises, par suite de l'état général et de l'anémie de la malade, pour déterminer une véritable hémorrhagie cataméniale.

L'observation suivante est peut-être plus probante encore au point de vue spécial de notre travail.

**Observation VII (personnelle. — Publiée en partie dans les *Annales de gynécologie*, mars 1882).**

La nommée Zoé S..., 23 ans, commerçante.

Son père et sa mère sont vivants et bien portants. La mère a eu sept enfants à terme ; aucun accident du côté des fonctions génésiques si ce n'est quelques métrorrhagies aux approches de la ménopause.

S... n'a plus qu'une sœur vivante; les cinq autres enfants sont morts de convulsions (?). La sœur de la malade a eu, vers l'âge de 2 ans, le carreau (?); depuis elle n'a fait aucune maladie sérieuse, a toujours été bien réglée à partir de l'âge de 13 ans ; pas d'aménorrhée. Elle s'est mariée à 20 ans; aucun accident du côté des organes génitaux; pas de grossesse, santé parfaite.

Zoé S... n'a jamais eu aucune maladie dans l'enfance ; elle habite Paris depuis sa naissance et elle y fut réglée à l'âge de 12 ans. Les premières règles furent douloureuses, et leur retour très irrégulier ; tantôt très abondantes, elles étaient parfois à peine appréciables. Aucune perte blanche. Cette irrégularité persista, bien que moins marquée, jusque vers l'âge de 18 à 19 ans (1877-78). A ce moment il y eut une suppression de règles qui dura quatorze mois ; la malade n'avait eu jusqu'alors aucun rapport sexuel ; elle n'offrait aucune altération grave de de la santé générale. De la leucorrhée apparut presque aussitôt et devint permanente ; les flueurs blanches étaient par moment plus abondantes, mais ces paroxysmes ne coïncidaient en rien avec les époques auxquelles les règles auraient dû se montrer. Elle ne vit jamais d'écoulement rosé pendant toute la durée de cette aménorrhée. Aucune douleur dans le bas-ventre ; santé générale bonne ; quelques céphalalgies. Pas de toux. Aucune hémorrhagie supplémentaire.

Mariée à 20 ans (25 janvier 1879), S... éprouva quelques légères douleurs à la suite des premiers rapports sexuels, mais elles disparurent rapidement. Les règles réapparurent dans le mois qui suivit le mariage ; elles se montrèrent, à partir de ce moment, d'une façon un peu irrégulière, mais sans accidents douloureux, sans aucun retentissement sur la santé générale. Les flueurs blanches avaient diminué.

Au mois de septembre 1879, la malade n'avait pas vu ses règles depuis deux mois ; c'est cependant à ce moment qu'elle dut commencer une grossesse qui se termina par un accouchement à terme au mois de mai 1880. Cette grossesse fut facile et normale. L'accouchement fut long (douleurs vives pendant quarante-huit heures) mais n'exigea aucune intervention obstétricale. L'enfant était sain ; il mourut en nourrice à deux mois et demi. L'écoulement de sang et des lochies après la couche fut peu abondant et dura à peine trois à quatre jours, au dire de la malade ; elle n'eut, du reste à ce moment, aucune douleur vive, aucun accident sérieux. Bien qu'elle n'ait pas nourri, le retour de couches n'eut pas lieu au bout de six semaines ; elle vit quelques eaux rousses pendant une seule journée, deux mois après son accouchement (juillet 1880).

A partir de ce moment, S... n'a jamais revu ses régles ; aucune trace de sang ; jamais d'eaux rousses. Elle a, depuis lors, constamment perdu en blanc ; cette leucorrhée est peu abondante, tache le

linge en gris jaunâtre ; elle n'offre pas d'exacerbations mensuelles régulières. Depuis cette époque la malade éprouve des douleurs peu intenses dans le bas-ventre, plus violentes dans les lombes. La miction n'est pas douloureuse. Constipation habituelle. Elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier 1882.

Elle se plaint de souffrir davantage, surtout dans les reins depuis quatre mois environ (septembre 1881) et a remarqué que depuis ce moment son ventre augmente progressivement de volume. Elle ressent, dit-elle, par moments dans le bas-ventre des soubresauts analogues aux mouvements d'un enfant. Les seins sont légèrement douloureux, elle éprouve des picotements vers le mamelon ; ils n'ont pas, dit-elle, augmenté de volume. Elle a eu quelques vomissements au mois de septembre, mais ils ont cessé depuis. Les pertes blanches ont diminué d'une façon très marquée.

En outre, la malade se plaint d'avoir eu des rhumes et des enrouements fréquents pendant l'hiver, depuis deux ans. Elle tousse davantage et est plus enrouée depuis un mois environ. Pas d'hémoptysie ; un peu d'expectoration blanchâtre, mousseuse. Pas d'amaigrissement ni de pertes des forces ; pas de sueurs le soir. L'appétit est conservé.

Depuis son enfance elle a, dit-elle, des battements de cœur et de l'essoufflement lorsqu'elle monte un escalier. Elle aurait eu la jambe droite enflée, non douloureuse, pendant la première quinzaine de janvier. Jamais de symptômes d'hystérie ; pas d'attaques convulsives. Pas de syphilis.

S... entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, n° 6, le 14 janvier 1882. Rien d'important à noter dans l'aspect de la malade. Pas de cicatrices cutanées, si ce n'est quelques vergetures abdominales peu marquées.

Le ventre est volumineux, globuleux, forme une saillie médiane régulièrement ovoïde.

La palpation révèle une tumeur ovale, indolente, remontant des pubis jusqu'à trois bons travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; on sent une rénitence générale et, en certains points, une palpation brusque permet de constater des parties dures, bosselées, qu'on fait fuir sous les doigts comme si elles nageaient dans un liquide.

A la percussion : matité dans toute l'étendue de la tumeur ; sonorité autour. La matité, limitée en haut par une courbe à concavité in-

férieure, descend moins bas dans le flanc gauche, la tumeur paraissant située davantage vers la droite.

A l'auscultation : au niveau de l'abdomen on trouve, à quatre travers de doigt au-dessus de l'aine droite un souffle isochrone aux battements artériels de la malade, doux, prolongé, tout analogue à un souffle placentaire. On entend également, en différents points, suivant le moment de l'examen, les battements très nets du cœur d'un fœtus ; on compte 140 pulsations par minute. Mouvements actifs très marqués.

La langue est normale ; la région épigastrique n'est pas douloureuse. Pas d'hémorrhoïdes à l'anus.

Au niveau du thorax on constate, en avant : sonorité pulmonaire normale, excepté sous les deux clavicules où il existe un peu de submatité, marquée surtout à droite. En ce point, respiration soufflante ; quelques rares craquements secs dans les grandes inspirations. Retentissement de la toux et de la voix. Au sommet gauche, expiration rude et prolongée avec bruit de froissement pulmonaire. En arrière : mêmes signes, plus nets au sommet droit. Quelques râles sous-crépitants aux deux bases.

Au niveau du cœur : battements normaux, réguliers ; souffle systolique doux au foyer de l'artère pulmonaire. La pointe bat dans le quatrième espace.

L'isthme du gosier est légèrement rouge ; pas d'exsudat spécial ni d'ulcérations sur le pharynx. Le larynx n'est pas douloureux à la pression.

En examinant les organes génitaux, on constate au toucher un col volumineux, mou, effacé. On sent le corps de l'utérus s'évasant audessus du col et remplissant l'excavation. Ballottement net. Au spéculum, col gros, violacé, non ulcéré.

Les seins semblent légèrement tendus et sont un peu douloureux, l'aréole et le mamelon sont fortement pigmentés. Quelques tubercules de Montgomery.

Urines claires, limpides ; pas d'albumine ni de sucre.

Nous pensons avec M. Gallard, dans le service duquel nous avons observé cette malade, que, chez elle, les irrégularités de la menstruation et la période d'aménorrhée qui a précédé le mariage doivent sans doute reconnaître pour cause sa con-

stitution chloro-anémique ; le mariage semble d'ailleurs avoir eu chez elle une influence heureuse, sans doute par suite de la congestion habituelle déterminée par les rapports sexuels du côté des organes génitaux, puisqu'à partir de ce moment les règles reparurent et, bien qu'irrégulières encore, furent moins douloureuses que précédemment.

Quant à l'aménorrhée de quatorze mois qui a précédé le début de la seconde grossesse (car il n'est pas douteux que S... soit enceinte de six mois), elle nous paraît résulter sans aucun doute de la diathèse tuberculeuse en voie d'évolution et de l'état de déchéance organique dans lequel cette femme se trouve placée, de par ses lésions pulmonaires, dont le début semble remonter à plus de deux années.

Nous n'avons pu constater chez elle, par un minutieux interrogatoire, l'existence de véritables règles blanches ; il faut reconnaître d'ailleurs que ce phénomène était peut-être pour elle d'une appréciation assez difficile, puisqu'elle était atteinte d'une leucorrhée permanente.

*M. Gallard*, au sujet de l'interprétation des conditions dans lesquelles la conception a pu se produire chez cette femme, a pris soin de soulever lui-même une objection qui pourrait nous être faite : « Il serait facile, dans le cas qui nous occupe, de trouver une interprétation plus commode, mais, à mon avis, moins exacte ; on pourrait admettre que cette femme, dont la menstruation avait été déjà irrégulière à plusieurs reprises, était sur le point de voir ses règles se montrer de nouveau sous l'influence de la ponte ovarienne ; si le coït fécondant n'avait pas mis une entrave à leur apparition, peut-être l'écoulement sanguin se fût-il produit le jour suivant. Telle n'est pas mon opinion, et il nous suffit de savoir qu'un ovule peut arriver à maturité sans que l'utérus accuse ce travail par un flux sanguin, pour comprendre aisément ce qui s'est passé chez cette femme. »

On trouvera, dans l'observation XIII, une cause de même ordre, quoique moins nettement accusée peut-être, permettant d'expliquer l'aménorrhée qui a précédé la première grossesse

de la jeune femme dont nous rapportons l'histoire ; chez elle, du reste, nous avons rencontré, à l'époque où a débuté sa seconde grossesse (survenue également pendant une période de disparition des règles), un motif tout différent au premier abord de suppression du flux menstruel, et sur lequel nous devons nous arrêter quelques instants : nous voulons parler de la *lactation*.

On sait, en effet, que l'aménorrhée est un phénomène à peu près constant pendant la grossesse et aussi pendant toute la durée de la lactation : c'est là la forme d'aménorrhée que l'on peut appeler *physiologique*.

Au cours de la grossesse, on a admis que l'état de réplétion de l'utérus et les modifications importantes dont la muqueuse est le siège s'opposaient à tout flux catamónial, et d'ailleurs, la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que l'ovaire cesse de fonctionner et de fournir des ovules pendant toute la durée dela gestation ; on en a donné comme preuve, à l'exemple de *Bischoff*, la lente formation des corps jaunes de la grossesse, témoignant du peu d'activité de la circulation et des phénomènes trophiques au niveau de l'ovaire chez la femme enceinte, et, précisément aussi, la cessation du flux menstruel.

Les recherches entreprises au sujet de la superfétation dans l'espèce humaine pourront sans doute éclairer d'un jour nouveau cette intéressante question et fournir de précieux documents.

Quelques divergences d'opinion se sont, d'ailleurs, depuis longtemps déjà produites sur ce sujet ; *Courty* dans son ouvrage déjà cité, tout en niant la persistance de la ponte ovulaire pendant la grossesse, reconnaît que la plupart des femmes enceintes éprouvent des phénomènes particuliers, connus sous le nom *d'entrées de mois*, qui leur révèlent, durant la gestation, les époques correspondant à celles des règles. En outre *Colombat*, *Aran* (1), *Scanzoni* (2), *Reeves Jackson* (3) ont

(1) *Loc. cit.*

(2) Scanzoni. *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 3e édit. Vienne, 1855.

(3) Reeves Jackson. In *American Journal of obstetrics*, octobre 1876.

défendu la ponte ovarienne pendant la grossesse, ou bien ont cité des exemples de persistance des règles et même d'apparition des menstrues chez des femmes enceintes, jusque-là aménorrhéiques. Nous transcrivons ici une observation de ce genre publiée par *Barbieri* (1).

### OBSERVATION VIII (de Barbieri).

Une jeune femme, mariée à 17 ans, devint enceinte à 23 ans, n'ayant *jamais* été réglée. Au cinquième mois de sa grossesse le flux menstruel s'établit et revint ensuite périodiquement chaque mois jusqu'à l'accouchement. Une fois accouchée, les règles ne reparurent plus. Une deuxième grossesse ramena les mêmes phénomènes.

Aucun flux supplémentaire n'existe chez elle. Les deux enfants, nourris par elle, ont une bonne santé.

Peut-être pourrait-on admettre, avec Courty, que dans des cas semblables l'utérus ne se vascularise ou ne se congestionne assez complètement pour donner naissance à une hémorrhagie, que lorsqu'il a subi les modifications que la gestation lui imprime. Mais nous éprouvons quelque hésitation à suivre Courty, lorsqu'il ajoute : « L'habitude de la congestion périodique, latente dans l'état de vacuité, se révèle alors par son symptôme le plus caractéristique, l'hémorrhagie. » Il nous semble en effet que l'habitude, que nous avons cru devoir invoquer dans d'autres circonstances, doit être, chez les femmes dont il s'agit, bien peu puissante, puisqu'elles n'ont jamais eu de règles avant de devenir enceintes.

Nous tenons de notre cher maître M. le Dr *Dechambre*, (communication orale), qu'il a observé un certain nombre de faits analogues dans sa pratique et qu'il est également d'avis que l'apparition de la menstruation au moment de la grossesse, chez les femmes antérieurement aménorrhéiques, a pour cause la vascularisation plus grande de l'utérus gravide, lui permettant de fournir un écoulement sanguin périodique.

---

(1) Barbieri. *Il raccoglitore medico*, 1842. — In *Gaz. méd. de Paris*, 1843.

Il nous a cité, entre autres, l'histoire d'une jeune femme de sa clientèle, qui, réglée d'abord d'une façon régulière, était devenue aménorrhéique sans cause bien évidente, si ce n'est un état d'anémie assez marqué, avec tendance à la chlorose. Cette aménorrhée durait depuis longtemps déjà, lorsqu'au bout de quatre ans de mariage, se montra de nouveau un flux sanguin mensuel, variable seulement par la quantité de sang perdue chaque mois; en même temps cette jeune femme éprouva quelques légers malaises mal déterminés. M. Dechambre, se basant sur le retour même de la menstruation, émit l'hypothèse d'une conception. Ce diagnostic se vérifia; la grossesse évolua et l'accouchement eut lieu à terme.

Les règles qui avaient persisté pendant toute la durée de la grossesse se montrèrent encore dans la suite mais d'une façon peu régulière (1).

Certes la persistance de la ponte ovulaire expliquerait bien mieux, si elle était reconnue, les phénomènes menstruels de la grossesse, que nous n'enregistrons d'ailleurs que sous toutes réserves. Un fait qui viendrait peut être à l'appui de cette théorie, mais qui est en opposition avec les assertions de Bischoff, est celui que *M. Chaignot* (2) a cherché à mettre en lumière; il a constaté en effet que, chez la femme enceinte, l'ovaire est turgescent, volumineux et peut même être senti à travers la paroi abdominale. De nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider cette question.

Dans bien des cas, certainement, les écoulements sanguins constatés pendant la grossesse ne sont que des hémorrhagies irrégulières, relevant de causes pathologiques diverses, et non pas une véritable menstruation: celle-ci, du reste, est niée énergiquement, en semblable circonstance, par le plus grand nombre

(1) Nous sommes heureux d'offrir ici à M. le Dr Dechambre l'expression de notre reconnaissance pour le sympathique et bienveillant intérêt qu'il nous a toujours témoigné, et aussi pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant notre bien modeste collaboration aux publications médicales qu'il dirige avec tant d'autorité et de talent.

(2) Chaignot. Thèse inaugurale. Paris.

des accoucheurs et entre autres par le *professeur Pajot*. Cependant, il existe des faits de ce genre qui paraissent assez probants ; telle est l'observation qui nous a été obligeamment communiquée par notre ancien collègue et excellent ami, le Dr *Gérard Marchant*.

**Observation IX** (du Dr Gérard Marchant ; inédite).

Mme X..., âgée de 25 ans, n'ayant jamais eu d'enfant, vient nous consulter, en avril 1882, pour savoir si elle est enceinte. Depuis le mois de janvier, elle éprouve les phénomènes prémonitoires, de la grossesse (vomissements le matin, gonflement des seins, taches noires sur l'aréole) ; ses règles ne sont pas entièrement suspendues : *elle voit tous les mois*, mais en très minime quantité. Il se produit au moment de l'époque un écoulement rosé qui dure deux ou trois jours et disparaît ; dans l'intervalle, elle perd abondamment en blanc.

Habituellement, ses règles étaient normales comme quantité et comme durée ; ces troubles fonctionnels, ces modifications dans la menstruation font croire à la malade qu'elle est enceinte et elle vient nous consulter à ce sujet.

L'examen local ne tarda pas à nous révéler l'état de grossesse de Mme X... : développement de l'utérus, ramollissement du col qui est entr'ouvert ; enfin plus tard le ballottement et les bruits du cœur du fœtus vinrent nous confirmer dans ce diagnostic.

La malade retourne chez elle. (Nous avons appris depuis qu'elle est accouchée à terme vers la fin du mois d'août 1882.)

En résumé, chez Mme X... la grossesse s'est développée et a suivi son cours normal sans que les règles se suppriment entièrement, bien qu'elles aient cependant changé de nature, de qualité et de quantité.

Aujourd'hui (août 1882) nous sommes au septième mois, et *les mêmes phénomènes persistent* et se reproduisent *régulièrement*.

Une autre observation dans laquelle cette menstruation de la grossesse est moins nettement accusée a été recueillie par *Négrier* et publiée dans son premier mémoire (1840). On y verra également une indication très précise du *molimen* et des règles blanches qui reviennent périodiquement au cours de

l'aménorrhée ; la malade qui fait le sujet de cette observation a du reste pu concevoir sans avoir jamais eu de règles.

Observation X (de Négrier).

Mme X..., 26 ans, grande, forte et sanguine, n'a jamais éprouvé d'hémorrhagie mensuelle, mais seulement tous les prodromes qui accompagnent la menstruation, à des époques régulières de vingtcinq jours.

Souvent, à ces époques, son linge a été taché par *un liquide muqueux, blanchâtre.*

Cette dame n'a été mère qu'une seule fois ; sa grossesse et son accouchement ont été exempts de tout accident, mais les trois premiers mois de la grossesse ont été remarquables par *l'exsudation sanguine* des parties sexuelles coïncidant à peu près avec les époques de malaise et de congestion dans la région pelvienne, qui remplacent chez elle les menstrues.

(*A suivre.*)

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

**Nœuds du cordon ombilical.** — Le Dr Godson présente un fœtus de quatre mois avec le placenta, le cordon ombilical porte un nœud qui en a amené l'atrophie et par suite la mort du fœtus.

**Kyste dermoïde.** — Le Dr Édis présente un kyste dermoïde qu'il a enlevé. Il était tellement adhérent qu'on ne pouvait guère déterminer son point d'origine. Les deux ovaires et les ligaments larges ont été enlevés en même temps. La malade a guéri.

**Hernie d'un fibro-myôme utérin.** — Le Dr Thornton présente un fibro-myôme utérin du poids de 11 livres 1/2 qu'il a enlevé. Quelques années auparavant l'abdomen avait été ouvert par un chirurgien, qui, se trouvant en présence d'une tumeur utérine, avait refermé la plaie. Il s'en suivit une hernie de la tumeur, qui devint adhérente, s'ulcéra et saigna. Le Dr Thornton l'enleva avec les annexes de l'utérus. La

tumeur était de nature molle et aurait pu, à son avis, guérir par la simple extirpation des annexes de l'utérus; mais il fut impossible de refermer la plaie sans enlever l'utérus. C'est, d'après lui, un cas unique. La malade se porte bien.

**Forceps à traction dans l'axe.** — Le Dr ROBERT BARNES présente un fibro-myôme sous-muqueux et une nouvelle pince-forceps à traction dans l'axe qu'il a imaginée et dont il s'est servi pour ce cas. A l'aide de cet instrument on peut saisir la tumeur et l'extraire en tirant toujours dans la bonne direction et sans dépenser de force inutile. C'est une application du principe du forceps Tarnier.

Le Dr AVELING a inventé et fait connaître une pince à traction dans l'axe deux ans avant Tarnier.

Le Dr HEYWOOD SMITH pense que l'instrument serait préférable si les branches pouvaient se séparer.

**Kyste et tumeur du placenta.** — Le Dr MARK présente un placenta qui porte à sa face antérieure un kyste du volume d'une orange, à la base duquel se trouvait une tumeur d'apparence fibreuse de la grosseur d'une amande.

**De la pression exercée sur les femmes et de son influence sur la forme du bassin.** — Le Dr CHAMPNEYS lit un travail sur cet sujet. Après avoir fait l'historique de la question, il insiste sur l'étude du bassin fœtal faite par Fehling, où cet auteur montre que bien des caractères, que l'on supposait être le résultat d'influences mécaniques après la naissance, étaient en réalité congénitaux. Les mêmes considérations s'appliquent au bassin fœtal rachitique. Passant en revue l'influence de la pression exercée sur les femmes, l'auteur signale plusieurs erreurs et indique comme seulement possibles les causes suivantes de pression sur les femmes :

1° Résistance passive : *a*, des os; *b*, des ligaments; *c*, des deux réunis.

2° Agents actifs : les muscles.

Ces différentes causes sont ensuite examinées tour à tour et l'auteur arrive à cette conclusion que l'action des muscles qui unissent le fémur au bassin aidée des muscles adducteurs est l'agent le plus puissant de pression sur les femmes. Dans les bassins asymétriques, ainsi que dans ceux où les cavités cotyloïdes sont en dedans du centre de gravité du corps, les conséquences sont tout autres. L'auteur montre trois planches à l'appui de qu'il avance.

Le Dr ROBERT BARNES pensait qu'un des facteurs, qui contribuait à

l'aplatissement du bassin rachitique, pourrait être la pression déterminée par l'attitude du fœtus.

Le Dr Matthews Duncan dit que l'auteur a fait un historique très complet du sujet. Il ne croit pas que la contraction musculaire soit le principal agent dans la pression sur les femmes et attache plus d'importance au poids du corps.

Le Dr Doran pense que, chez le fœtus, l'action musculaire est trop légère et intermittente pour pouvoir modifier la forme d'os à l'état cartilagineux.

Le Dr Champneys convient que la pesanteur est la force la plus puissante qui agisse sur le bassin. Il ne croit pas que l'attitude du fœtus puisse produire l'aplatissement du bassin fœtal, car le fœtus flotte dans le liquide et est ainsi soustrait aux variations de pressions et par suite son attitude n'est gênée en quoi que ce soit.

**Cas de travail avec atrésie du vagin.** — Le Dr Fancourt Barnes lit un mémoire sur ce sujet. La malade, âgée de 21 ans, était enceinte pour la première fois. Le vagin était représenté par un cul-de-sac d'environ 35 millimètres de profondeur, au fond duquel on voyait une ouverture comme un trou d'aiguille qui était l'orifice d'un canal non moins étroit qui aboutissait à l'utérus. Ce canal traversait environ 5 centimètres de tissus avant d'atteindre la cavité utérine. On anesthésia la malade, on dilata le canal avec un dilatateur de Priestley, et on l'incisa de chaque côté avec le métrotome de Simpson, enfin, on l'élargit encore davantage en le déchirant avec les doigts. On termina l'accouchement en appliquant le forceps de Barnes. L'opération dura une heure et fut pratiquée sous le spray. La mère et l'enfant vont bien.

Le Dr Heywood Smith rappelle un cas de ce genre dont il a entretenu autrefois la Société.

Le rapport de la commission, chargée d'examiner les pièces, présentées par le Dr Wynn Williams à la dernière séance, conclut que la tumeur était un fibrome sous-muqueux.

(*Séance du 4 avril 1883.*)

Paul Rodet.

---

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

**Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, considérées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement,** contenant un appendice sur les maladies du vagin et de la vulve, par A. COURTY, *professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier*, 3e édition revue, corrigée et considérablement augmentée. Grand in-8 de XL-1,437 pages : 1re partie, 1879 ; 2e partie, 1881. Ouvrage qui a reçu le prix de de 2,500 fr. de l'Académie des sciences (Institut de France.) — Paris, librairie Asselin et Ce.

Il pourra sembler qu'il est un peu tard pour parler du livre de M. Courty. Mais, outre que cet excellent ouvrage n'est pas un de ceux qui vieillissent vite, le sujet qu'il traite est toujours d'une actualité assez puissante pour qu'il ne cesse jamais d'intéresser nos lecteurs. C'est du reste un livre depuis longtemps devenu classique et dont au moins un exemplaire, de l'une ou de l'autre de ses trois éditions successives, doit se trouver déjà dans la bibliothèque de tous ceux qui nous feront l'honneur de lire cet article.

Nous n'avons plus besoin de le recommander et il nous suffira de dire quelques mots des changements et des améliorations apportés par l'auteur à cette nouvelle édition. Le temps assez long, qui a séparé la publication de chacune des deux parties qui la composent, témoigne, autant que le nombre des pages qui y ont été ajoutées (près de 400), du soin avec lequel elle a été revue par lui.

Tout en conservant à son ouvrage le même plan général que dans les éditions précédentes, M. Courty a fait, comme on le voit, de nombreuses additions à la troisième. Ces additions ont porté principalement sur l'historique qui a été complétée avec soin; sur les vices de conformation du système génital et sur les conditions embryogéniques dans lesquelles ils se produisent; sur certaines altérations anatomiques nouvellement décrites et qui éclairent la pathogénie des affections de l'utérus aussi bien que celle des ovaires ; enfin et surtout sur la thérapeutique, et principalement sur la thérapeutique chirurgicale d'un certain nombre de ces affections.

Les progrès réalisés dans les opérations applicables à l'ablation

tant de certaines tumeurs utérines qu'à celle des tumeurs liquides ou solides des ovaires, sont exposés avec tous les détails qu'ils comportent; et comme l'auteur y a joint la description minutieuse des altérations anatomiques de la symptomatologie et surtout du diagnostic différentiel de toutes ces affections, on comprend qu'il y ait trouvé matière à autant de chapitres absolument nouveaux. Ce sont ceux qui devaient le plus particulièrement attirer notre attention, et ils sont traités de façon à ne laisser aucun regret du temps, souvent trop long, que l'on doit consacrer à leur lecture.

De nombreuses figures, dont un très grand nombre sont entièrement nouvelles, ajoutent à l'intérêt que représente ce remarquable ouvrage dont la vogue si méritée n'est pas près de s'épuiser.

T. GALLARD.

---

# REVUE DES JOURNAUX

**L'extension des cuisses dans l'accouchement**, par le Dr DRUMMOND MACDONALD, de Liverpool. — L'auteur approuve la position recommandée par le Dr Hurt (1) dans les accouchements. Il croit que l'extension des cuisses relâche le périnée, augmente son inclinaison et rend, par suite, moins probable une rupture périnéale et diminue la résistance au passage de la tête à travers la vulve, tandis que la flexion des cuisses sur l'abdomen, nécessaire dans quelques cas, expose aux déchirures périnéales et retarde la sortie du fœtus.

Il ne faut pas oublier que Hurt et Macdonald font coucher les parturientes, non sur le dos, comme on le fait en France, mais sur le côté gauche.

L'auteur affirme que, lorsque la partie se présente, que ce soit la tête, le siège ou le placenta, il faut que la parturiente se place dans l'extension générale, c'est-à-dire les extrémités inférieures étendues, les cuisses rapprochées et continuant la ligne droite qui passe par le buste. Il propose, pour ce décubitus, le nom tiré du grec : *position orthodématique.*

Cette position maintient l'obtusion normale de l'angle d'inclinaison

(1) V. *British med. Journal*, 1882, t. I, p. 524, et *Saint-Louis med. and surg. Journal*, août 1881.

du plan périnéal, redresse le canal vaginal et s'oppose à ce que le plancher pelvien soit converti en une sorte de *couvercle valvulaire* fermant le plan coccypubien. Macdonald propose de pratiquer le toucher, en engageant la femme à fléchir et à étendre tour à tour les cuisses; l'examinateur, dit-il, s'apercevra de l'exactitude de ce qu'il avance.

Puis il cite 18 cas; 10 primipares, 3 secondipares, 5 pluripares, ayant donné le jour à 19 enfants d'un volume moyen et à terme, sauf des jumeaux qui étaient un peu plus petits que ne le sont ordinairement les fœtus à terme. Le plus lourd pesait 9 livres et 1/2, le plus léger 6 livres. Onze fois le forceps a été appliqué; un de ces cas était une position occipito-postérieure persistante.

Voici les résultats : 14 de ces cas ont fourni des preuves positives en faveur de la position orthodématique, deux ont donné des preuves négatives, deux tendent à démontrer que ce décubitus, aidé du soutien du périnée, n'a que peu d'avantages lorsque le périnée est vraiment rigide; l'auteur se croit autorisé à affirmer que la flexion des cuisses, avec le soutien du périnée, aurait eu un résultat pire.

Dans deux cas de forceps, chez des primipares, mettant au monde des garçons et ayant un périnée rigide, le périnée fut déchiré jusqu'à 6 millim. et 13 millim. du sphincter anal.

Dans les 14 cas favorables, il y avait 7 primipares, 2 secondipares et 5 pluripares; les sept dernières avaient eu auparavant une déchirure sans importance. Dans les trois cas de forceps appliqué chez des primipares dans le cas de position occipito-postérieure persistante et dans un cas de version, la parturiente n'a subi que la rupture habituelle de la fourchette.

Lorsqu'il faut placer le forceps, la parturiente doit occuper la position anglaise ordinaire, puis, les cuillères placées et la tête saisie, un aide doit ramener le buste de la femme sur le bord du lit; l'accoucheur, debout, fait l'extraction. Macdonald déclare n'avoir pas l'habitude de la position adoptée sur le continent. Il serait, sans doute, malaisé d'appliquer le forceps et de faire les tractions si les cuisses sont étendues et rapprochées, lorsque la femme reste dans le décubitus dorsal. (*British Med. J.*, 1882, t. II, p. 1090.)

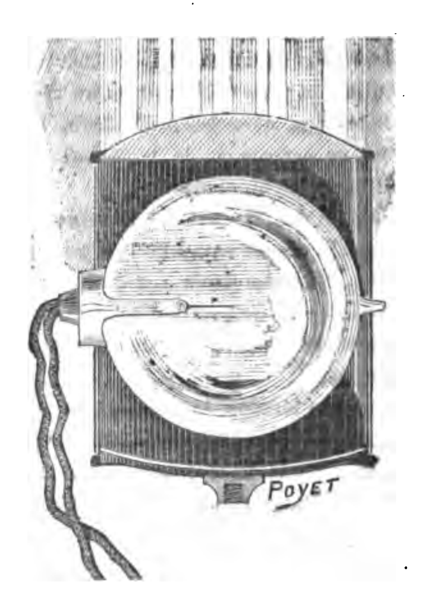
A. CORDES.

---

# VARIÉTÉS

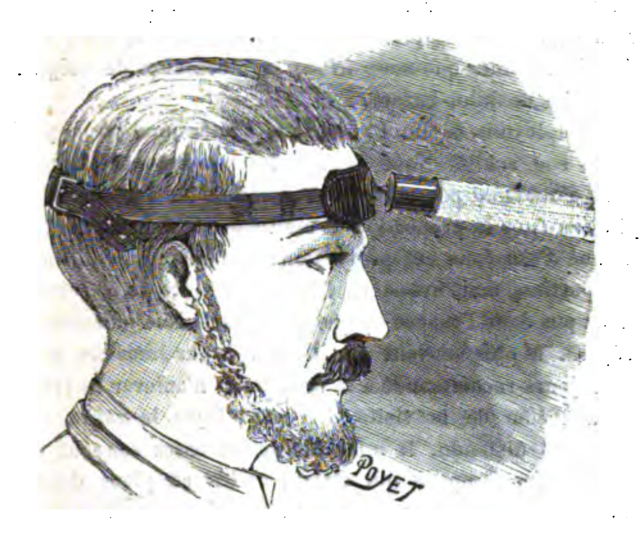
**Le photophore électrique frontal** du Dr P. Hélot et de M. J. Trouvé. — Le docteur Paul Hélot, chirurgien des hôpitaux de Rouen, et M. J. Trouvé, l'électricien bien connu, ont imaginé un appareil d'éclairage électrique, qui a été présenté à l'Académie des sciences par M. Bouley le 16 avril dernier, et le lendemain à l'Académie de médecine par M. le Dr Dujardin-Beaumetz.

Cet instrument est constitué par une lampe à incandescence dans le vide, comprise dans un cylindre métallique entre un réflecteur et une lentille convergente.




Peu volumineux et très léger, l'appareil s'applique sur le front, comme les miroirs dont on se sert pour éclairer, par réflexion, la gorge et les oreilles. La lumière qu'il fournit est très intense et ne change pas la couleur des tissus. On peut en faire varier le champ à volonté, par un léger glissement de la lentille.

Les gynécologistes trouveront fréquemment l'occasion d'utiliser cet appareil dans certaines opérations délicates demandant beaucoup de lumière. Cet éclairage intense facilite beaucoup l'opération si laborieuse de la fistule vésico-vaginale. Il peut rendre de grands services également pour les opérations pratiquées sur le col. Enfin c'est un excellent appareil d'éclairage pour l'examen au spéculum, quand la lumière du jour est insuffisante ou quand elle n'est pas utilisable.




La source d'électricité est la pile au bichromate de potasse sursaturée de M. J. Trouvé. Elle peut, sans être rechargée, fournir un grand nombre d'heures de travail, soit d'une façon continue, soit à des intervalles aussi longs qu'on voudra.

Ajoutons que cette pile peut servir à chauffer de petits cautères, et même l'anse galvanique, dont l'emploi est si fréquent en gynécologie.

---

**De l'emploi du vinaigre antiseptique de Pennès dans la vaginite blennorrhagique.** — Ce liquide, qui renferme les substances suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Acide salicylique................. | 30 | grammes, |
| Acétate d'alumine................ | 30 | — |
| Alcool concentré d'eucalyptus globulus........................ | 100 | — |
| Alcool concentré de verveine...... | 900 | — |
| — de lavande....... | 100 | — |
| — de benjoin....... | 10 | — |
| Acide acétique à 8°............... | 100 | — |

nous a permis d'obtenir la guérison de vaginites blennorrhagiques dans un espace de temps relativement très court, chez un grand nombre de malades que nous avons eu l'occasion de soigner dans notre service de Saint-Lazare.

Nous employons ce liquide lorsque l'inflammation a perdu une partie de son acuité. Nous faisons les pansements au moyen de tampons d'ouate un peu volumineux imbibés du liquide antiseptique coupé d'eau dans la proportion de moitié ou du quart; avec le liquide additionné d'eau dans ces proportions variables, suivant la sensibilité des parties, nous avons vu le vagin se nettoyer et cesser de sécréter du pus dans l'espace de quelques jours. Nos pansements n'ont été répétés le plus souvent que deux fois par semaine, mais nous avons toujours recommandé à la malade de n'enlever le tampon que le matin même de la visite. De cette façon le vagin se trouve constamment distendu. Il nous est arrivé assez souvent d'enlever nous-même des tampons qui étaient restés en place deux à trois jours consécutifs, et presque jamais nous n'avons constaté de mauvaise odeur appréciable.

Ajoutons pour terminer que le même antiseptique, employé en injections et en lavages, à la suite de l'accouchement, prévient la fétidité des lochies et la fait disparaître rapidement lorsqu'elle s'est produite. Les lavages et les injections doivent être renouvelés trois fois par jour. Dans les cas ordinaires, nous faisons ajouter par demi-litre d'eau tiède, 2 à 3 cuillerées de vinaigre. Il convient d'en élever la quantité dans la proportion de 4, 5, 6 cuillerées à soupe lorsque le liquide lochial a pris une odeur fétide.

A. Leblond.

---

*Le gérant :* A. Leblond.

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT.
A. DAVY, Sucr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

# TABLE ALPHABÉTIQUE

## DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XIX

**Janvier à Juin 1883.**

---

### A



### B



### C

L



M



N



O



P



R



S



T

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XIX.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31.
A. DAVY, successeur.

# ANNALES

DE

# GYNÉCOLOGIE

TOME XX

# CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

| | | |
|---|---|---|
| Pour Paris.................... | 18 | francs. |
| Pour les départements........... | 20 | — |
| Pour l'Europe................... | 22 | — |
| Pour les États-Unis d'Amérique.... | 23 | — |
| Pour les autres parties du monde. | 25 | — |

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique; à M. le Dr PINARD, 26, rue Cambon, pour la partie obstétricale; ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

# ANNALES

DE

# GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

---

**TOME XX**

*Contenant des travaux de MM.*

Auvard, Brouardel, Chalot, Laroyenne, Leblond, Mascarel, Mégrat, Mundé, Petit (André), Petit (L.-H.), Pilat, Ribemont, Robert Barnes, Rœser, Truchot, Winckel.

**1883**

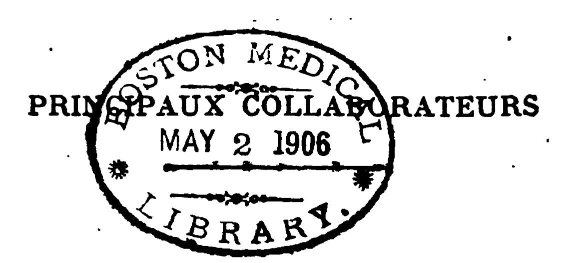
(2e SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

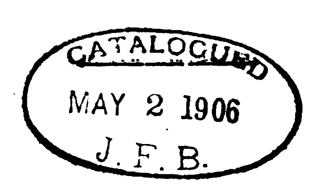
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1883




# PRINCIPAUX COLLABORATEURS

**BARNES** (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
**BOISSARIE**, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
**BOUCHARD** (Ch.), prof à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
**BOUCHUT**, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
**BOURDON**, membre de l'Académie de médecine.
**BOZEMAN**, chirurgien en chef de Women's hospital de New-York.
**BROUARDEL**, prof. à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
**BURDEL**, médecin de l'hôpital de Vierzon.
**CHARRIER**, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
**CLOSMADEUC**, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
**CORDES** (de Genève), prof. libre d'accouchem.
**COURTY**, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
**DELORE**, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
**DESNOS**, médecin de l'hôpital de la Charité.
**DESORMEAUX**, chirurgien des hôpitaux.
**DEVILLIERS**, membre de l'Académie de médec.
**DUGUET**, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
**DUMAS**, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
**DUMONTPALLIER**, médecin des hôpitaux.
**DUMESNIL**, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
**FAYE**, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
**FERÉOL**, médecin des hôpitaux.
**FERRAND**, médecin des hôpitaux.
**FOURNIER** (Alfred), prof. à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. St-Louis.
**GALLARD**, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.
**GAUTRELET**, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
**GILLETTE**, chir. des hôp. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
**GOMBAULT**, médecin de l'hôpital Beaujon.
**GRYNFELTT**, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
**GUÉRIN** (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
**GUÉRINEAU**, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
**HARDY** (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd.
**HERRGOTT**, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
**HERRGOTT** (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.
**HEURTAUX**, profes. à l'école de méd. de Nantes.
**HUE** (Jude), de Rouen.
**LABAT**, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
**LABBÉ** (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
**LABBÉ** (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
**LARCHER** (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
**LE FORT**, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
**LEBLOND**, médecin de Saint-Lazare.
**LIZÉ**, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
**LUTAUD**, médecin adjoint de Saint-Lazare.
**MARTIN** (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
**NIVET**, prof. d'acc. à l'école de médecine Clermont-Ferrand.
**ONIMUS**, membre de la Soc. de biologie.
**PAJOT**, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
**PARISOT**, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
**PÉRARD**, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
**PETER** (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.
**PINARD**, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.
**PILAT**, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
**POLAILLON**, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
**POUCHET** (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
**POZZI**, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
**PUECH** (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
**REY**, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
**RICHET**, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
**SAINT-GERMAIN** (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
**SIREDEY**, médecin de l'hôp. Lariboisière.
**SLAVJANSKY**, prof. d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
**TARNIER**, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôpitaux.
**TAYLOR** (Robert), de New-York.
**TILLAUX**, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
**TRÉLAT** (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., chir. de l'hôp. Necker.





# ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1883

## TRAVAUX ORIGINAUX

### DES CAUSES D'ERREUR DANS LES EXPERTISES RELATIVES AUX ATTENTATS A LA PUDEUR COMMISES SUR DES PETITES FILLES (1).

**Par le Dr Brouardel**, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

Vous n'avez pas perdu le souvenir d'une communication faite à l'Académie de Médecine par M. Alfred Fournier, sur la *simulation d'attentats vénériens sur de jeunes enfants* (2). Dans cet important travail, notre collègue dévoilait des faits de honteux chantage, qui avaient servi de base à des inculpations criminelles. Je désire appeler votre attention sur des cas beaucoup plus fréquents, dans lesquels la simulation n'existe pas, mais qui n'en ont pas moins une extrême gravité, par suite d'un enchaînement presque fatal de circonstances dont le talent

(1) Travail lu à la Société de médecine légale du mois de juin et publié dans les *Annales d'hygiène*.

(2) Séance de l'Académie de médecine, 26 oct. 1880. — *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1880, 3e sér., t. IV, p. 408.

du médecin devrait rompre à temps la continuité; malheureusement, cette autorité fait trop souvent défaut, ou plutôt le médecin suit sur les indications de la famille, n'osant pas ou ne sachant pas se prononcer à temps sur la valeur des lésions qui siègent sur les organes génitaux des petites filles.

I. — Pour comprendre comment des parents de bonne foi peuvent avec la complicité, de bonne foi également, mais ignorante d'un médecin, porter contre un homme une accusation déshonorante, il suffit de suivre pas à pas comment naît d'ordinaire et se développe une accusation d'attentat à la pudeur. Ce récit est de tous les temps, MM. Penard et Fournier l'ont emprunté à Astley Cooper, je ne puis mieux faire que de le reproduire (1). Le chirurgien signale la fréquence des écoulements vulvaires chez les petites filles et il ajoute : « De temps à « autre, il arrive qu'une femme impressionnable s'alarme à la « découverte d'un tel écoulement, et qu'elle soupçonne son « enfant d'avoir mal agi. Elle va trouver un médecin, qui, par « malheur, peut ne pas connaître cette maladie et lui déclarer « que l'enfant a un écoulement vénérien... Qu'arrive-t-il en « pareille circonstance ? C'est que la mère demande à l'enfant : « Qui a joué avec vous ? Qui vous a pris sur ses genoux récem- « ment ? » L'enfant répond dans son innocence : « Personne, « mère, personne je vous assure. » La mère reprend alors : « Oh ! ne dites pas de pareils mensonges, je vous fouetterais « si vous continuez. » Et alors l'enfant est amenée à confesser « ce qui n'est jamais arrivé, pour se sauver du châtiment. Elle « dit enfin : « Un tel m'a pris sur ses genoux. » L'individu est « questionné et nie énergiquement. Mais l'enfant, croyant aux « menaces de sa mère, persiste dans son dire ; l'homme est « conduit en justice ; un médecin qui ne connaît pas bien « l'écoulement dont je parle donne son témoignage et l'homme « est puni pour un crime qu'il n'a pas commis. »

Astley Cooper conclut en disant : « J'ai vu de tels cas plus

(1) Astley Cooper. *Surgical lectures. The Lancet*, 1824, t. III-IV, p. 275.

« de trente fois dans ma vie. Et je puis vous assurer que « nombre de gens ont été pendus par suite d'une pareille « erreur. »

En France, sauf la pendaison, ce qui était vrai il y a bientôt un siècle l'est encore aujourd'hui.

L'avertissement donné par Astley Cooper à ses confrères est resté sans profit, celui de M. Fournier n'a pas été plus utile. Et pourtant, notre collègue avait rappelé les opinions émises par Toulmouche (1), Tardieu (2), Pénard (3). Je vous demande la permission de reproduire la phrase dans laquelle M. Penard a résumé ce qui est l'absolue vérité en matière d'expertises dans les questions d'attentats à la pudeur.

« Les occasions en médecine légale, dit notre collègue, sont « très rares, où un médecin peut affirmer positivement par « des arguments absolus, décisifs, que tel effet a dû être néces- « sairement, fatalement produit par telle cause. C'est surtout « pour les cas d'attentats à la pudeur, qu'il devra se tenir dans « une sage et prudente réserve. »

Malheureusement cette sage réserve est trop rare, et je tiens à signaler de nouveau à votre attention, par quel courant presque irrésistible un homme peut se trouver frappé par une accusation déshonorante.

Je me place volontairement, en ce moment, dans cette hypothèse, c'est que la mère et le médecin sont de bonne foi.

La sollicitude bien légitime de la mère est éveillée par l'inflammation qu'elle découvre chez sa fille, et dont la cause lui semble suspecte, elle pose une même question à sa fille et au médecin. Nous avons vu comment la fille induit sa mère en erreur. Il nous faut avouer que le médecin semble trop souvent ignorer la cause et la fréquence des vulvites des petites

(1) Toulmouche. *Des attentats à la pudeur et du viol. Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 2e série, t. VI, 1856.

(2) Tardieu. *Étude sur les attentats aux mœurs*, 7e édition. Paris 1878, p. 77.

(3) L. Pénard. *De l'intervention des médecins légistes dans les questions d'attentats aux mœurs*. J.-B. Baillière, 1860.

filles, les formes de la membrane hymen et son mode d'exploration. Ce médecin est lui-même de bonne foi, et il délivre des certificats dont nous avons de nombreux modèles et dans lesquels il affirme que la vulvite est le fait de violences répétées, que la membrane hymen a complètement disparu, comme si cette membrane était une simple fumée, que l'intromission a été complète, chez une petite fille de 25 mois ! Ne tenant aucun compte même du possible!

La petite fille seule a menti. C'est sa mère qui inconsciemment lui a donné l'idée de ce mensonge, lui en a suggéré les principales circonstances. On répète fréquemment que la mère a fait la leçon à sa fille. En thèse générale cette interprétation est fausse. La mère a fourni les bases de l'accusation, elle a par ses questions donné un semblant de vraisemblance à une histoire dont la petite fille comble facilement les lacunes. Lorsque celle-ci a ainsi forgé un conte, elle s'en imprègne, et le plaisir qu'elle éprouve à jouer un rôle, à se voir entourée d'un intérêt plein de compassion, la rend inébranlable dans ses affirmations. On parle souvent de la candeur des enfants, rien n'est plus faux. Leur imagination aime à créer des histoires dont ils sont les héros. L'enfant se berce lui-même en se narrant des fantaisies qu'il sait fausses de tout point, mais où il joue tel ou tel personnage plus ou moins ressemblant aux personnes qu'il connaît ou aux personnages dont il a lu les exploits dans les livres qu'il a entre les mains.

Faites que cet enfant, aux propos duquel on ne prêtait d'ordinaire qu'une médiocre attention, trouve un auditoire, qu'avec une certaine solennité on écoute, on enregistre les créations de son imagination, il grandit dans son estime, il devient lui-même un personnage, et rien ne lui fera plus avouer qu'il a trompé sa famille et les premières personnes qui l'ont questionné. Son mensonge sera d'autant plus difficile a démasquer que l'enfant ment sans se laisser troubler par les invraisemblances qu'on relève dans son récit, il ne le rectifie pas, une fois la formule trouvée, il la répète invariable; et

c'est cette fixité qui fait naître l'idée qu'il récite une leçon apprise.

Combien de fois ne me suis-je pas amusé dans des cas semblables, à prendre des enfants de 2 ans, 3 ans, qui avaient contracté des vulvites dans des milieux où se trouvaient réunies de nombreuses petites filles. A mon tour je leur demandai : Qui t'a fait cela? et lorsqu'elles hésitaient je leur suggérais un nom, celui d'un diplomate étranger par exemple, elles disaient : Oui, c'est lui. Je revenais huit jours, quinze jours après, et sans hésitation elles me répétaient ce nom, elles ne l'avaient pas oublié.

Les deux premières causes d'erreur en présence desquelles se trouve le médecin sont donc l'état d'anxiété de la mère qui est convaincue que son enfant a été victime d'un attentat, et le mensonge de l'enfant qui, pour échapper à un châtiment immérité, a forgé une histoire dont on lui a fourni quelques têtes de chapitre; si le récit est incomplet, on explique ces lacunes par l'innocence du jeune âge.

II. — Quelles sont les *règles d'expertises* auxquelles le médecin doit s'astreindre dans ces constatations pour échapper aux causes d'erreur qui l'entourent et qui sont d'autant plus captieuses que, je le répète à dessein, le récit de la mère est fait avec une bonne foi non douteuse?

Il en est une première. Le médecin doit « fermer les oreilles et ouvrir les yeux » avant de se former une conviction; puis il ne doit relater dans son certificat que les faits qu'il constate lui-même.

L'écueil est pour lui dans le récit qu'il entend. S'il accepte la version maternelle, s'il en donne le résumé ou l'analyse dans son certificat, il empiète sans compétence sur le territoire réservé au juge d'instruction ou au commissaire de police chargé des premières constatations. Il paraît accepter pour vraies ou établies des circonstances dont l'enquête démontrera peut-être plus tard la fausseté, et ses constatations

perdront ou sembleront perdre de leur valeur à cause de ces prémisses erronées.

Il est une deuxième règle à laquelle je n'attache pas une moindre importance. Lorsqu'il découvre une lésion inflammatoire de la vulve, une érosion, une ulcération de cette région, il ne doit jamais se contenter d'un seul examen. La marche de la lésion, les désordres secondaires qui peuvent survenir, sa persistance ou la rapidité de sa guérison peuvent seuls l'éclairer. S'il déclare nettement au juge d'instruction qu'un second, un troisième examen sont indispensables pour qu'il se fasse une conviction absolue, jamais le temps nécessaire ne lui sera refusé. S'il s'agit d'un simple certificat demandé par la famille, qu'il procède de même, ou, s'il paraît y avoir urgence, qu'il déclare dans ce certificat que la marche de la maladie peut seule en dévoiler la nature ; mais conclure sur un examen unique est s'exposer soi-même à de graves erreurs, et risquer d'égarer la justice.

Une troisième règle d'expertise surprendra ceux qui ne connaissent pas les difficultés des enquêtes dans les questions d'attentats aux mœurs. Un médecin ne devrait se permettre de donner un certificat sur l'existence de l'hymen, son intégrité, sur la nature des vulvites, que quand il aurait acquis *de visu* une expérience réelle. L'excuse ou plutôt la circonstance atténuante que les médecins invoquent lorsqu'ils ont commis une erreur, prouve que ce n'est pas là une banalité.

Il y a deux ans, j'étais appelé en cour d'assises avec un jeune confrère. Il avait, dans son certificat, déclaré que la membrane hymen d'une petite fille de 8 ans avait complètement disparu. Sur ce certificat, la justice avait poursuivi. J'avais trouvé la membrane hymen intacte. L'inculpé avouait avoir commis des attouchements. Malgré mon certificat, il n'y avait donc pas eu de non-lieu. Restait à déterminer la gravité des désordres, la réalité d'une intromission ou son impossibilité.

Après nous avoir mis en présence, le président nous pria de procéder simultanément à un nouvel examen, pratiqué

séance tenante. Je montrai à mon collègue cette membrane dont l'intégrité n'était pas douteuse. Nous rentrons aux assises ; mon confrère fait l'aveu complet et loyal de son erreur. Le président lui demande comment il a pu se tromper, et mon jeune confrère répond, ce qui est absolument vrai pour la majorité des étudiants en médecine : « Monsieur le président, je n'ai jamais vu de membrane hymen. Dans les hôpitaux, lorsqu'on examine une femme devant les élèves, c'est qu'il y a une vaginite, une métrite, et, depuis longtemps, la membrane hymen n'existe plus. Si je m'étais permis de rechercher comment est faite cette membrane sur des jeunes filles non déflorées, j'aurais moi-même commis un attentat à la pudeur. »

Ceci est la vérité. Mais nous avons le droit de dire à ces confrères : Sous un prétexte quelconque, si vous n'êtes pas sûrs, absolument sûrs de vous, ne certifiez pas qu'une membrane est intacte ou déchirée. La liberté et l'honneur d'un homme est au bout de cette phrase que vous écrivez si légèrement.

Voyons donc quelles sont les causes qui mènent les médecins à l'erreur dans les examens de l'hymen et le diagnostic des vulvites des jeunes enfants. J'aurai en vue surtout dans ces descriptions les enfants au-dessous de dix ans ; c'est à cet âge que les difficultés sont les plus grandes.

III. — *De l'examen de l'hymen.* — Chez les petites filles, surtout chez les plus jeunes, il faut savoir découvrir l'hymen. Vous connaissez à ce sujet les hésitations du père de la médecine légale en France, d'Ambroise Paré. Il en dénie l'existence, recherche cette membrane, la trouve chez une fille de 17 ans, et enfin consulte les matrones; et il ajoute : « Qu'il « soit vray, j'en ai interrogué plusieurs pour savoir où elles « trouvent la dite taye; l'une disait tout à l'entrée de la « partie honteuse, l'une au milieu et les autres tout au profond, au devant de la bouche de la matrice. Et voilà comment ces sages-femmes accordent leurs vielles. »

Où Ambroise Paré hésitait et se trompait, d'autres peu-

vent errer. Sous le rapport de la profondeur, la membrane hymen occupe des places variables suivant l'âge et l'état d'embonpoint des petites filles. Chez celles qui sont dans la première enfance, qui n'ont pas encore dépassé l'âge de 2 ou 3 ans, la membrane hymen est très profonde. En effet, dans le tissu cellulaire qui double les grandes lèvres, comme dans celui qui double la peau des bébés, se trouve déposée une couche de graisse épaisse parfois de plusieurs centimètres, dure, résistante, ne permettant pas d'écarter les lèvres sans provoquer une certaine douleur.

Chez les petites filles bien portantes, de constitution lymphatique, grasses, cette situation persiste quelquefois des années. Pour voir la membrane hymen, sans exciter la résistance de l'enfant, il faut une grande douceur et une certaine persévérance.

C'est chez ces petites filles grasses que les médecins déclarent volontiers que la membrane hymen *a complètement disparu*, comme si cette membrane se perdait comme une pièce de monnaie, qui ne laisse aucune trace de sa présence dans le porte-monnaie qui l'a renfermée. Cette affirmation est d'autant plus incompréhensible que, pour rompre cette membrane, il faudrait que le corps entrant, s'il est mousse comme la verge, put pénétrer dans le conduit qu'elle ferme ; or, ce conduit n'a pas la largeur d'une plume d'oie. Aussi, lorsqu'un de ces certificats vous passera sous les yeux, vous pourrez hardiment déclarer que le médecin n'a pas vu la membrane hymen.

Chez les petites filles maigres au contraire, chez celles dont l'embonpoint a disparu par la maladie, la misère ou toute autre cause, les grandes lèvres existent à peine. Lorsqu'on fait écarter leurs cuisses, les grandes lèvres se séparent entraînant les petites et, en exagérant légèrement cet écartement avec les doigts, on voit la membrane hymen placée non pas superficiellement, mais à peine à une profondeur de un centimètre.

Vous voyez que les sages-femmes dont parle Ambroise Paré

auraient eu plus de peine qu'il ne le pensait à accorder leurs vielles.

La forme de l'hymen n'est pas moins variable. Elle semble subir, par le seul progrès de l'âge, des modifications spéciales. Chez les enfants nouveau-nés que nous avons à examiner, dans les cas d'infanticide présumé, presque toujours l'hymen a une forme labiée. Une fente antéro-postérieure sépare deux valves, allant depuis le bulbe du vagin en avant jusqu'à la partie postérieure. Mais, en ce point, la membrane n'est pas divisée jusqu'à la muqueuse vaginale; elle forme un repli dont la longueur est de 2 ou 3 millimètres. Les bords latéraux, parfois assez développés peuvent former comme une troisième paires de lèvres.

Ayant pour but d'indiquer les variations de formes qui peuvent induire les médecins en erreur, je ne signalerai que celles qui causent des difficultés de diagnostic au point de vue de l'intégrité spéciale de cette membrane.

En première ligne, je signale l'existence sur les deux valves de l'hymen de plicatures. Il semble que ces valves soient trop longues et elles se plissent comme l'orifice d'une bourse fermée par une coulisse. Chacun de ces replis présente des lignes saillantes séparées par un sillon. Ceux-ci peuvent être de chaque côté au nombre de un, deux; parfois on en compte une dizaine. Dans ce cas, l'orifice de l'hymen est facile à dilater sans qu'il se produise de déchirure. L'absence de rupture chez des jeunes filles de 12 à 15 ans ne prouve pas qu'un coït complet n'a pu avoir lieu. C'est dans des cas analogues que M. Budin a noté la fréquence de la persistance de la membrane hymen intacte au moment de l'accouchement, 13 fois sur 75 primipares. Il faut éviter de prendre ces sillons pour des déchirures anciennes.

Je tiens à noter une forme très habituelle de ces membranes labiées. Il n'y a qu'un sillon placé à la partie postérieure de la membrane hymen. Il n'occupe pas exactement la ligne médiane. Il est formé par le passage de la partie postérieure de la lèvre hyménéale gauche en avant de la lèvre hyménéale

droite. Il y a là un entrecroisement analogue à celui des piliers du diaphragme, et, de cette position sur des plans différents résulte un sillon qui entre obliquement dans l'orifice de l'hymen en se dirigeant d'arrière en avant et de droite à gauche.

Dans ce premier type, la membrane hymen est en général assez épaisse, son bord libre est arrondi, elle est souple. Les bords peuvent se froncer, former des replis, des sillons. Ceux-ci sont souvent pris par des médecins peu experts pour des déchirures anciennes. Telle est l'erreur grave dont il faut être prévenu. Une erreur en sens inverse est possible, la souplesse de la membrane chez les jeunes filles nubiles rend possible l'introduction du pénis en érection sans que la membrane soit déchirée, surtout si le coït est consenti. Il n'est donc pas absolument permis d'affirmer que la jeune fille n'est pas deflorée.

Le second type de l'hymen, dont je veux vous parler, expose à des erreurs dont l'origine est différente. Vous connaissez tous l'hymen en forme de croissant; il semble dériver du précedent, et n'arriver à cette forme définitive que chez les jeunes filles de 5 ou 6 ans. Quand il est bien développé, que l'orifice est étroit, aucune erreur n'est possible, mais il arrive souvent que les branches du croissant, qui vont s'insérer plus ou moins près de la colonne antérieure du vagin, subissent des arrêts de développement. Le bord libre présente alors des encoches. Deux de ces encoches sont fréquentes; elles occupent à peu près symétriquement, en général, les branches du croissant à l'union de leur tiers anterieur avec les 2/3 postérieurs. Ces encoches ont parfois 2 ou 3 millimètres d'étendue. Dans quelques cas, il existe une seule encoche sur l'une des branches, l'autre est intacte.

Dans d'autres cas plus rares, au lieu de deux encoches, on en trouve quatre naturelles, placées, deux symétriquement en arrière à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs, les deux autres comme ci-dessus. Si bien que la membrane hymen est formée en définitive par une saillie posté-

rieure médiane, deux saillies moyennes latérales et deux petites saillies antérieures.

Le siège de ces encoches, l'intégrité de leurs bords libres, lorsqu'on les déplisse, permettent rapidement, à un œil prévenu, de faire la distinction entre un arrêt du developpement et des déchirures accidentelles.

Enfin, il est un troisième type qui peut embarrasser les médecins peu habitués à ce genre de recherches.

Vous vous souvenez tous de l'excellent mémoire de notre collègue M. le Dr Delens, dans le quel il a décrit les hymens à deux orifices symétriques. Ces orifices sont placés sur les parties latérales d'une bride médiane, allant de la colonne antérieure du vagin à sa partie postérieure, Cette bride a une épaisseur quelquefois assez considérable, pour que l'on ait été obligé de la couper pour rendre le coït possible. Mais souvent, et probablement beaucoup plus souvent, elle n'existe plus que dans ses vestiges. Sa partie médiane a disparu, elle n'est plus représentée que par une petite saillie ou par deux petites saillies, ou languettes médianes, partant, l'une de la partie antérieure, l'autre, plus persistante d'habitude, partant de la partie médiane postérieure. De chaque côté de cette languette mobile, flottante, parfois assez longue, se trouvent deux encoches profondes qui la séparent des autres parties de la membrane hymen. On conçoit que des médecins aient pu, dans quelques cas, mal interpréter une disposition qui présente de grandes analogies avec l'une des formes habituelles des déchirures de l'hymen : lambeau médian postérieur séparé par deux déchirures des autres parties de l'hymen.

Je m'arrête sans avoir épuisé les causes d'erreur. Je voudrais pourtant en signaler encore deux. Dans l'une d'elles que j'ai notée une fois, un chancre avait rongé l'extrémité libre d'un des lambeaux d'un hymen déchiré.

L'ulcération s'était également développée sur le sommet du lambeau opposé. Quand ces ulcérations se cicatrisèrent, les deux lambeaux se soudèrent par leur partie ulcérée, c'est-à-

dire par leur sommet, et laissèrent ouverte la partie profonde de la déchirure de sorte que l'hymen avait deux orifices médians, l'un antérieur, ancien, l'autre postérieur, résultant de la déchirure.

Enfin, on peut, dans certains cas, croire à l'intégrité de l'hymen, alors qu'il a été déchiré. Vous savez que l'on professe volontiers que, une fois déchirée, la membrane hymen voit ses lambeaux se cicatriser séparément ; la déchirure serait donc définitive. Un exemple nous a prouvé, à notre excellent collègue Laugier et à moi, que si telle est la règle, elle supporte des exceptions. L'un de nous avait été commis pour examiner une jeune fille de 14 ans. Il la voit quatre jours après le viol. La membrane était déchirée sur une étendue de 2 à 3 millimètres. Le juge d'instruction, ignorant qu'un expert était déjà commis, en désigne un nouveau. Celui-ci voit la jeune fille onze jours après l'attentat. Il constate l'intégrité de la membrane hymen. La discordance de nos deux rapports oblige le juge d'instruction à nous désigner tous deux pour revoir la jeune fille. Ce troisième examen, 35 jours après l'attentat, nous montra que la rupture notée dans le rapport du premier expert était cicatrisée de telle façon, que les deux lambeaux étaient soudés, que le bord de la membrane, en croissant, ne présentait aucune encoche. Mais, dans le lieu où le premier expert avait noté une déchirure, une ligne cicatricielle blanche, apparente, tranchait par sa couleur sur la teinte rosée des autres parties de l'hymen. Cette cicatrice avait échappée au deuxième expert parce que, pendant les premiers temps, la cicatrice était rouge et non blanche, et que sa couleur ne la rendait pas apparente.

Disons un dernier mot sur la façon dont l'expert doit procéder à *l'examen de l'hymen*. Une fois que la jeune fille est placée sur un lit, les jambes écartées, il faut se souvenir que la membrane hymen se trouve déjà un peu tirée latéralement. Quand nous la trouvons absolument tendue, dans les formes en croissant principalement, il est evident qu'il y a en ce moment par la position prise une tension anormale. Si l'on fait rapprocher

les cuisses, on voit en effet que cette membrane hymen se replie et que la valve postérieure s'abaisse en laissant à l'orifice une plus grande dimension et une plus facile distension. Ceci est vrai, surtout pour les filles agées de plus de 12 ans ; au-dessous de cet âge, le déplissement se fait assez bien. Pour l'obtenir il faut, avec les doigts, écarter les grandes et les petites lèvres, quelquefois faire pousser ou tousser l'enfant.

Puis, pour s'assurer que la membrane hymen est intacte, il faut passer derrière elle soit l'extrémité du doigt, si la dimension de l'orifice le permet, soit l'extrémité d'une sonde mousse. Ce n'est qu'après avoir fait disparaître les divers plis que l'on peut affirmer que les sillons décrits plus haut ne sont pas d'anciennes cicatrices.

Il est bien entendu que ces recherches doivent être conduites avec une extrême douceur, sans provoquer de douleur, après avoir obtenu de l'enfant une assez grande confiance, pour qu'elle ne fasse pas à l'improviste quelque mouvement brusque. Il ne faut pas renouveler le fait rapporté par Liman, dans lequel, à la suite de manœuvres maladroites de l'expert, on ne put décider si la déchirure existait déjà avant l'exploration, ou avait été produite par elle.

L'expert n'oubliera pas que la présence d'une déchirure de la membrane hymen ne veut pas dire nécéssairement qu'il y a eu coït accompli, mais qu'un certain nombre de ces déchirures sont produites dans les attentats à la pudeur par l'extrémité unguéale du doigt d'une main étrangère. Il en est notamment ainsi chez les toutes jeunes filles.

(*A suivre.*)

---

# LACÉRATIONS DU COL UTÉRIN.

## TRACHÉLORRHAPHIE D'EMMET.

Par le Dr Agathonoff.

*Travail de la clinique gynécologique et obstétricale du professeur* Slaviansky, *à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg.*

Quoique Emmet ait démontré déjà, en 1869, la grande importance clinique des lacérations du col utérin, surtout en ce qui concerne la lésion désignée sous le nom d'érosion du col, et quoiqu'il ait établi en même temps leur traitement opératoire au moyen d'un procédé nommé trachélorrhaphie, recommandé par lui, les gynécologistes n'ont prêté jusqu'à nos jours que très peu d'attention à cette lésion assez grave. Les modifications de l'opération d'Emmet sont appréciées d'une façon très différente par la plupart des gynécologistes américains et européens. Tandis que MM. Schrœder, Bennet, Duncan, Jacobi, Chadwik, Atthill, etc., considèrent l'opération d'Emmet comme tout à fait inutile, même dans les cas de lacérations du col utérin très étendues et soutiennent qu'on peut obtenir la guérison par l'emploi de remèdes astringents et caustiques ou même au moyen de l'amputation des lèvres ectropiées, d'autres gynécologistes, au contraire, comme par exemple MM. Thomas, Breisky, Spiegelberg, Goodell, Playfair, Marion Sims, Hanks, Peaslee, Baker, Dudley, Skene, Schenk, Chase, Porter, Howitz, Walton, Beigel, Martin et beaucoup d'autres attachent une grande importance à l'opération qu'ils considérant comme un des plus grands progrès de la chirurgie gynécologique contemporaine. Mundé et Pallen soutiennent même que l'opération est l'unique moyen de guérir les lacérations du col utérin même les plus insignifiantes. C'est cette diversité d'opinions sur l'importance de l'opération qui nous a incité à recueillir l'observation des malades opérées par M. le

professeur Slaviansky. Ce maître éminent est le premier en Russie qui ait eu recours à l'opération d'Emmet.

Sa première opération fut pratiquée en 1880; depuis lors, le nombre des femmes ayant subi l'opération d'Emmet s'est élevée à 14, et sur ce nombre, une a été opérée par moi. Dans tous les cas, sauf dans un seul appartenant à la pratique privée, j'ai pu assister aux opérations qui ont eu lieu à la clinique gynécologique d'accouchement de l'Académie de Saint-Pétersbourg.

Le nombre des opérations n'a pu être plus considérable bien qu'il y eût dans les salles de la clinique un assez grand nombre de femmes atteintes de lacérations du col, à cause du refus opposé par la plupart d'entre elles de subir l'opération.

Bien que le chiffre de 14 opérations soit peu considérable, il nous sera toutefois possible d'en tirer certaines déductions, surtout si nous y ajoutons un nombre relativement élevé d'opérations pratiquées en Amérique. Dans toutes les opérations nous avons eu affaire à des lacérations bilatérales portant presque chaque fois jusqu'aux insertions vaginales. Dans tous ces cas, la lacération était accompagnée d'un changement de structure de l'utérus, quelquefois de son déplacement, de son abaissement et dans la plupart des cas de sa rétroflexion ; la matrice avait en même temps bien souvent augmenté de volume, et l'on remarquait quelquefois dans les sinus vaginaux une sensibilité et une infiltration qui avait déterminé une latéroversion. Dans la plupart des cas, les malades rapportaient la maladie au dernier accouchement qui, disaient-elles, avait été très long. Dans un seul cas l'on pouvait imputer la lacération à un avortement. Dans tous les cas les malades se plaignaient principalement de leucorrhée persistante et de douleurs à l'hypogastre; des troubles de la menstruation ont été constatés, quoique rarement. Chez la plupart des malades, la nutrition était défectueuse et il était survenu des troubles nerveux ; d'eux d'entre elles ont présenté des convulsions épileptiformes survenues après leur dernier accouchement. Dans un cas on a pu observer l'influence de la lacération

sur la fécondation. La malade n'eut pas de conception pendant plusieurs années, à la suite de la lésion du col qui remontait à son dernier accouchement. Au bout d'un an après l'opération elle fut de nouveau enceinte et accoucha heureusement. Mais le museau de tanche présenta une nouvelle lacération.

Dans deux cas l'influence de la lacération sur une suite d'avortements consécutifs fut incontestable, car l'examen le plus rigoureux ne permit de leur attribuer aucune autre cause. On a remarqué assez souvent comme complication l'oophorite et le déplacement de l'ovaire. En même temps que la lacération du col utérin on a quelquefois constaté la rupture du périnée, le prolapsus de la matrice et surtout des parois vaginales. Le traitement préparatoire prolongé d'Emmet n'a été pratiqué que dans les cas où il y avait une forte sensibilité ou une infiltration autour de la matrice. Le plus souvent on s'en est passé en employant seulement des scarifications et des injections vaginales quotidiennes à 2 p. 100 d'acide phénique. L'opération elle-même a été pratiquée avec quelques modifications au procédé d'Emmet. Les sutures furent ôtées dans la plupart des cas le huitième jour. Le traitement consécutif a consisté en repos, en évacuation régulière de l'intestin, en injections carboliques vaginales quotidiennes. Les résultats de l'opération ont été, en général, satisfaisants. Dans neuf cas on a obtenu une réunion complète des lèvres des déchirures. Chez deux malades on dut recourir à une seconde opération. Les malades sortirent de la clinique tout à fait rétablies. L'examen a permis de constater que le museau de tanche avait une forme conique régulière; l'orifice externe présentait une ouverture un peu ronde d'une matrice virginale, il n'y avait aucune trace d'érosion et la sécrétion du canal cervical était parfaitement normale. Le volume de la matrice dans les cas où il avait été augmenté, avait diminué. Quoique dans quatre autres cas la réunion des lèvres des déchirures ne fût pas complète, le résultat de l'opération n'en était pas moins satisfaisant : dans deux cas notamment après l'opération, la réunion s'était faite d'un côté seulement, et dans les deux autres elle

était partielle. Dans ces quatre cas aucun ectropion des lèvres n'a eu lieu, les conséquences de l'endométrite ont été considérablement amoindries, et les douleurs pelviennes ont complètement disparu. Dans un seul cas l'opération n'a point été suivie de succès, aucune des lèvres de la déchirure ne s'étant réunie ; l'ectropion de celles-ci ainsi que l'érosion sont restés ce qu'ils étaient avant l'opération. Mais cet échec s'explique par l'état général de la malade. Elle souffrait de crises épileptiques très fortes, et de plus présentait de la pneumonie chronique et de la métrite assez développée.

Dans de semblables conditions, il n'est pas étonnant que l'opération ait échoué.

Chez une des patientes, l'opération fut suivie d'une inflammation péri-utérine résultant, selon nous, de ce que, pendant l'opération, on avait employé un spéculum de Sims ayant servi peu de temps auparavant à examiner deux malades cancéreuses. L'état septique dont ces dernières étaient atteintes avait probablement été transmis à notre malade. Toutefois, le résultat général de l'opération fut parfaitement suffisant : l'exsudat inflammatoire n'empêcha pas la réunion des lèvres du col, et la malade quitta la clinique presque rétablie.

Le fait le plus important, sur lequel nous voulons attirer l'attention du lecteur, c'est l'absence chez nos opérées d'un long traitement préparatoire que M. Emmet recommande comme un temps très essentiel de son procédé. Il est vrai que la nécessité d'un long traitement préparatoire dépend de chaque cas pathologique. Nous ne voulons point entrer dans les détails de cette dernière question concernant l'ectropion et l'érosion, parce que cela nous entraînerait trop loin, notre but n'étant que de rendre compte de quelques opérations qui ont été faites et des résultats que l'on en a obtenus sans un traitement préparatoire long et assez fatigant. Il nous faut seulement remarquer que d'après l'avis de M. le professeur Slavianski, les érosions sur les lèvres ectropiées du museau de tanche des femmes accouchées n'est autre chose qu'une endométrite cervicale de la muqueuse cervicale ectropiée. Selon lui, c'est la

même muqueuse du canal cervical qui, à cause d'une lacération latérale s'est retournée en dehors et offre l'aspect de ce que l'on a si longtemps appelé des érosions.

Cette muqueuse cervicale ectropiée, étant exposée à des frictions sur les parois vaginales et à d'autres irritations, subit très facilement une inflammation, tout en conservant sa structure. Aussi, dès que la réunion des lèvres déchirées est faite et que le museau de tanche a repris sa forme primitive, toute la muqueuse enflammée, qui avait été tournée en dehors, rentre dans le canal cervical et, par conséquent, ne peut plus être exposée à l'irritation à laquelle elle était sujette dans l'état d'ectropion. Il s'ensuit que l'opération anéantit la cause qui entretenait l'inflammation. Bien que partageant l'avis de M. Emmet, en ce qui concerne l'importance pathologique des lacérations du col utérin et en partie aussi celui de M. Fischel, sur l'importance pathologique et la genèse des érosions, M. le professeur Slaviansky n'emploie, ni le long traitement préparatoire de M. Emmet, ni le raclement avec une curette. Cependant, dans quelques cas, nous reconnaissons l'utilité du traitement préparatoire. Nous avons voulu, chez les malades que nous avons opérés, et cela d'après l'idée que nous nous faisons de l'ectropion, nous avons voulu, dis-je, nous rendre compte de la possibilité de pratiquer l'opération et d'obtenir la réunion des lèvres du col, divisées, sans un long traitement préparatoire. Beaucoup d'auteurs, en effet, attribuent la guérison au traitement préparatoire. Aussi n'avons-nous employé avant l'opération que des remèdes nous paraissant les plus indispensables pour le succès immédiat de l'opération, c'est-à-dire pour la réunion sûre et solide des surfaces avivées. Sans cela la réunion des lèvres aurait été dans quelques cas tout à fait impossible ; quant aux autres remèdes recommandés par M. Emmet, comme les injections chaudes, la teinture d'iode, le tannin, etc., nous n'y avons pas eu recours. Car si les lèvres des lacérations sont fort hyperhémiées ou parsemées et comprimées par des glandes muqueuses dégénérées en kystes, on peut dire d'avance que les surfaces avi-

vées ne se réuniront point. L'excès de sang doit absolument être éloigné par une scarification et les kystes doivent être soigneusement percés. D'ailleurs, il n'est pas possible de distinguer rigoureusement les uns des autres les remèdes qui doivent exclusivement contribuer au succès immédiat de l'opération, c'est-à-dire à la réunion des lèvres de la déchirure. Ainsi, on applique avec avantage la scarification, comme nous le savons tous, au traitement de l'endométrite ; les injections vaginales chaudes et le badigeonnage avec de la teinture d'iode peuvent également contribuer à la guérison complète de l'endométrite ainsi qu'à la réunion solide des lèvres de la déchirure, ces remèdes ayant aussi la propriété de diminuer le volume des lèvres.

Par opposition au procédé d'Emmet, nos opérations ont été pratiquées sans l'emploi du chloroforme, la malade étant dans la position de la taille, au lieu d'être dans le décubitus latéral gauche conseillé par Emmet. M. le professeur Slaviansky n'a pas une seule fois fait usage du tourniquet d'Emmet, pour arrêter l'hémorrhagie. Celle-ci étant toujours pendant l'opération fort insignifiante, il n'a pas jugé à propos de se servir de quelque instrument particulier pour l'arrêter. L'irrigation constante d'eau froide contenant 1 p. 100 d'acide phénique pendant l'opération suffit pour se rendre maître de l'hémorrhagie.

Il nous semble, du reste, qu'un écoulement sanguin plus abondant que celui d'une simple scarification doit être considéré comme favorable, en favorisant l'involution de la matrice.

Pour prévenir un grand et soudain flux de sang inattendu on a eu soin dans tous ces cas d'introduire d'abord les sutures en fer, et puis on a procédé à l'avivement. Les sutures ont été ordinairement pratiquées non pas avec l'aiguille que M. Emmet recommande, mais au moyen d'une aiguille tubulée dont on fait usage pour la suture des fistules ou dans la rupture du périnée. Celle-ci présente, en effet, selon nous, plus d'avantages que la courte aiguille courbée qu'on emploie avec son

porte-aiguille, parce que l'introduction de la première par le tissu du col qui est parfois assez dur s'opère beaucoup plus facilement. Dans la manière de passer les fils des sutures, il y avait aussi quelque différence avec le procédé de M. Emmet. M. le professeur Slaviansky les introduisait de telle sorte qu'ils se trouvaient dans leur plus grande partie sur la surface du museau de tanche, et par leur moindre partie dans le tissu de celui-ci. Après la torsion des fils des sutures, le museau de tanche en était embrassé à peu près comme par un cercle. D'après le procédé de M. Emmet, les sutures sont introduites dans leur plus grande partie dans le tissu même des lèvres. Les sutures étant placées, M. le professeur Slaviansky procédait à l'avivement qui se faisait d'abord avec un bistouri en forme de lance et tranchant aux deux bords, et puis au moyen des ciseaux. Mais avant l'avivement et à la jonction des lèvres on marquait toujours avec le bistouri le point de la surface à aviver sur les endroits correspondants des deux lèvres. Pour que le sang n'empêchât point cette opération, l'avivement se faisait toujours d'abord sur la lèvre inférieure et ensuite sur la supérieure du même côté. Quelquefois l'avivement était opéré des deux côtés à la fois et ensuite on procédait à la torsion des fils des sutures ; dans les autres cas l'avivement se faisait d'abord d'un côté seulement et l'on pratiquait immédiatement la torsion des fils de ce côté, puis on opérait de même sur l'autre côté.

Lorsque la torsion était terminée sur tous les fils profonds, on dut recourir ensuite, dans la plupart des cas, à des sutures superficielles en soie ou en mince fil d'archal. Ces derniers se faisaient avec de simples aiguilles courtes et fort courbées à l'aide d'un porte-aiguille ordinaire.

En résumant encore une fois les résultats que nous avons obtenus de nos opérations, nous voyons que dans la plupart des cas, bien que nous eussions évité à dessein le long traitement préparatoire de M. Emmet et le raclement avec une curette, l'effet de l'opération a été fort remarquable ; notamment la leuchorrhée et les douleurs pelviennes dont nos malades se

plaignaient principalement ont été entièrement suspendues. Certainement, on ne peut pas obtenir une amélioration complète dans l'état de la santé générale immédiatement après l'opération, parce qu'il faut du temps pour guérir l'anémie et les troubles du système nerveux consécutif. Sans doute, l'opération, nous le répéterons, ne peut immédiatement atteindre tout cela, mais au moins y contribue-t-elle d'une manière indirecte, en suspendant la cause du malaise, source constante des irritations, l'ectropion et l'endométrite cervicale. Nous avons voulu démontrer par notre façon de procéder que l'opération seule sans un long traitement préparatoire a la plus grande part dans la guérison, et que le traitement préparatoire est quelque peu secondaire. D'après les résultats que nous avons obtenus, nous admettons les conclusions suivantes :

1° La guérison des troubles, dont souffrent les malades à la suite des déchirures du col, est obtenue principalement par le rapprochement des lèvres du col ;

2° Un long traitement préparatoire n'est nécessaire que s'il existe en même temps une dégénérescence kystique des glandes muqueuses et une métrite intense. L'opération, quoique soigneusement faite dans ces cas, ne saurait être suivie d'une réunion solide des lèvres ;

3° Enfin, nous devons reconnaître que l'opération d'Emmet, dans les lacérations du col utérin est le seul moyen convenable pour obtenir la guérison de celles-ci ; il n'y a point de remède qui puisse la remplacer avec le même succès.

---

# DE L'ANUS CONTRE NATURE ILÉO-VAGINAL
## ET DES FISTULES INTESTINO-UTÉRINES (1).

Par le Dr L.-H. Petit,
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

(SUITE ET FIN) (2).

*Création d'une fistule iléo-rectale.* — La création d'une fistule iléo-rectale a été préconisée par Casamayor, Simon et Verneuil, pour des motifs différents : par Simon, parce que, le rétrécissement du vagin l'empêchant d'arriver jusqu'aux lésions de l'intestin et de la vessie, il voulait, pour s'opposer à l'issue des matières par le vagin, oblitérer celui-ci après leur avoir assuré une issue facile vers le rectum ; par Casamayor et M. Verneuil, parce que la continuité de l'intestin grêle était définitivement interrompue.

Pour y remédier, Casamayor voulait établir une communication entre l'iléon et le rectum, à un pouce et demi au-dessus de l'ouverture entéro-vaginale, où elle lui paraissait praticable. Il espérait que les matières fécales, rencontrant avant d'arriver à cette dernière une ouverture assez grande pour leur permettre d'y passer librement, se jetteraient par là dans le rectum, et qu'ainsi l'anus contre nature, cessant de leur livrer passage, se rétrécirait et finirait par s'oblitérer. Il se proposait donc, au moyen d'une pince spéciale, de mettre parfaitement en contact les parois correspondantes des deux intestins, d'y provoquer une inflammation adhésive, et enfin d'en emporter une portion plus grande que l'orifice de l'anus contre nature. La compression exercée graduellement sur les parois intestinales lui paraissait devoir remplir ces conditions.

(1) Mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix Huguier, 1881).

(2) Voir *Annales de gynécologie*, numéros de décembre 1882, de janvier, février, avril, mai et juin 1883.

Il se servit pour cela d'une pince à branches longues de 10 pouces et demi, courbées de façon à correspondre à la concavité du sacrum, terminées par un mors plus long que large, et pouvant se réunir au moyen d'un écrou. On introduisit une branche dans l'iléon par l'anus vaginal, et l'autre par le rectum, et après s'être assuré par le toucher qu'elles se correspondaient bien et qu'elles ne comprenaient que les parois à diviser, on les réunit. On les serra d'abord jusqu'à ce que la malade ressentît de la douleur, puis un peu plus chaque jour. Au bout de quatre jours, on retira l'instrument, dont un des mors emportait l'eschare détachée.

Dès lors les matières s'écoulèrent en plus grande partie par le rectum que par le vagin. Par le toucher anal et vaginal on s'assura que l'ouverture pouvait laisser passer les extrémités des deux index réunis. Au bout de douze jours, Casamayor pensa qu'il pouvait tenter l'oblitération de l'anus anormal. Il essaya dans ce but divers procédés de tamponnement qui réussirent mal, et se décida à abandonner les choses à la nature, pensant qu'elle amènerait la fermeture de l'ouverture entéro-vaginale. Malheureusement, un mois après l'opération, la malade fut prise d'une pleuro-pneumonie intense dont elle mourut le quatrième jour.

### Observation XXXVIII.

*Tentative de guérison d'un anus contre nature ouvert dans le vagin, par l'établissement d'une communication entre l'intestin qui versait les excréments dans ce canal et le rectum*, par le Dr J.-A.-L. Casamayor, médecin à Sainte-Marie (Basses-Pyrénées). (*Journal hebdomadaire de médecine*, 1829, t, IV, p. 170.)

Le 3 mars 1826, je fus appelé dans un village du canton de Sainte-Marie, auprès d'une femme qui, depuis près de quatre ans, gardait le lit pour un anus contre nature ouvert dans le vagin. Cette femme était âgée de 42 ans, d'une constitution robuste, et sans vice apparent de conformation ; elle avait fait 6 couches des plus heureuses lorsque, enceinte pour la 7e fois, elle avorta, le 4 mai 1822, au cin-

quième mois environ de la grossesse (1). Au dire de la malade et des personnes qui l'entouraient, l'avortement fut précédé et accompagné de douleurs violentes, ainsi que d'une perte de sang considérable, et, dix minutes après l'expulsion du fœtus, il sortit par le vagin, avec l'arrière-faix et une grande quantité de caillots de sang, une anse de l'intestin. Cette portion d'intestin descendit bientôt jusqu'à la partie moyenne des cuisses; elle s'enflamma d'abord dans toute son étendue, elle se mortifia ensuite à sa partie la plus déclive, et s'ouvrit enfin à cet endroit pour donner passage à des matières stercorales très fétides.

La malade fit appeler alors le chirurgien d'un village voisin ; mais celui-ci n'ayant pu aller à son secours, elle appliqua elle-même, dans la vue de forcer les matières fécales à passer par la voie naturelle, une ligature fortement serrée sur l'intestin, aussi haut qu'il lui fut possible. Au bout de quelques heures, les douleurs qu'elle ressentait dans le bas-ventre devinrent intolérables et il survint des vomissements très violents de matières bilieuses et stercorales ; ces accidents ne cessèrent que le sixième jour de l'application de la ligature, où celle-ci tomba avec la portion *extra-vaginale* de l'intestin. Pendant les vingt jours suivants, des douleurs légères, parfois assez vives, se firent sentir dans le bas-ventre, et la malade rendit par le vagin, avec des matières fécales, des matières bilieuses et muqueuses, de temps en temps sanguinolentes, et du pus en grande quantité. Bien que réduite à un état de faiblesse et de maigreur extrêmes, elle recouvra ensuite en peu de temps toutes ses forces et même son embonpoint; cependant les déjections alvines s'effectuaient toujours par le vagin ; elles avaient lieu ordinairement peu à peu durant un quart d'heure, deux heures et demie après le repas. Quelquefois pourtant la malade rendait par l'anus, tantôt tous les mois, tantôt tous les deux mois, quelques crotins qui, suivant son expression, ressemblaient assez à de la racine de réglisse bien mâchée, enduite de blanc d'œuf.

Après avoir recueilli ces renseignements, je procédai à l'examen des parties lésées, et j'observai ce qui suit : la membrane muqueuse de la vulve et de la moitié inférieure du vagin était jaunâtre, rugueuse, épaissie et comme cartilagineuse dans divers points ; il

(3) On peut avoir une idée exacte de la cause de l'avortement si l'on réfléchit sur la nature des accidents qui l'ont précédé, accompagné et suivi, et, surtout, si l'on sait que cette femme est devenue enceinte et a avorté en l'absence de son mari. (*Note de Casamayor.*)

existait dans le vagin, à environ un pouce du col de l'utérus, un rétrécissement considérable, et, immédiatement au-dessous du rétrécissement, ce canal offrait en arrière et à gauche une ouverture circulaire ; cette ouverture était assez grande pour recevoir le bout de l'index, et, au moment où j'en faisais l'exploration, elle livrait passage à des excréments mous, d'un gris verdâtre. Pour reconnaître les rapports de l'intestin, qui aboutissait à cette ouverture, avec le rectum, ayant porté l'index gauche dans le premier, et le droit dans le dernier de ces intestins, je trouvai qu'ils n'étaient séparés l'un de l'autre que par un cordon charnu, mobile, de la grosseur et de la consistance d'un cordon ombilical ordinaire ; ce cordon descendait de la région iliaque gauche, et venait, en serpentant, se terminer au bord inférieur de l'ouverture entéro-vaginale. Ayant encore, à l'effet de m'assurer s'il existait ou non quelque communication entre la partie supérieure et la partie inférieure du canal intestinal, fait administrer à la malade un lavement de quatre litres d'eau tiède, je remarquai qu'il n'en sortit pas une goutte par le vagin ; mais, bien que ce liquide fût, au bout de six minutes, entièrement rejeté par l'anus, je compris après tout que l'anse d'intestin, sortie à travers la paroi du vagin par une division de cette paroi, appartenait à l'iléon ; que les deux bouts de cet intestin, résultant de l'ablation par la ligature de la portion sortie du vagin, étaient remontés et avaient, à la faveur d'une inflammation adhésive, contracté des adhérences avec les bords de la division de la paroi vaginale, dans laquelle ils se trouvaient engagés ; que le bout supérieur, étant resté béant, versait les excréments dans le vagin, et que le bout inférieur s'étant contracté, et par suite oblitéré, formait le cordon charnu situé entre le bout supérieur et le rectum.

Plusieurs médecins avaient conseillé à la malade de se faire ouvrir le ventre pour y aboucher et coudre l'un à l'autre les deux bouts de l'intestin divisé, et c'était, me dit-elle, pour me prier de me charger de cette besogne qu'elle m'avait fait appeler. Comme j'étais loin d'être de l'avis de ces messieurs, et qu'au contraire je croyais que le meilleur parti à prendre dans cette circonstance était d'abandonner la malade à son malheureux sort, je lui conseillai, après lui avoir fait entrevoir toutes les difficultés et les suites de cette opération, de ne jamais s'y soumettre, et je me retirai en lui promettant de m'occuper de la recherche d'un moyen propre à rendre son incommodité plus supportable.

Le 15 avril suivant, elle me fit appeler pour me dire qu'elle avait pris la résolution de ne consentir à l'emploi d'aucun moyen autre que l'opération ; qu'on lui avait donné l'assurance qu'elle ne pourrait guérir que par ce moyen, et qu'elle voulait donc la subir sans plus tarder, quelles qu'en dussent être les conséquences. Pensant alors qu'il était en effet possible d'obtenir sa guérison, je promis de lui faire, non l'opération proposée, mais bien une opération qui, à mes yeux, offrait moins de dangers et plus de chances de succès, et qui aurait pour but d'établir une communication entre l'intestin qui aboutissait au vagin et le rectum ; mais, convaincu encore qu'il fallait bien mieux la laisser dans l'état où elle se trouvait que de l'exposer à une opération, je la quittai en prétextant que la saison n'était pas favorable, et avec l'intention de ne plus la revoir.

Cependant un an après (le 16 avril 1827), je me rendis encore auprès d'elle ; je la trouvai dans le même état, et réclamant avec instance l'opération dont je lui avais parlé ; cette fois il me fallut céder à ses désirs. En conséquence elle se fit transporter le lendemain à Sainte-Marie pour y subir l'opération.

En établissant une communication entre l'iléon et le rectum, à un pouce et demi au-dessus de l'ouverture entéro-vaginale, où elle me paraissait praticable, j'avais l'espoir que les matières fécales, rencontrant, avant d'arriver à cette dernière, une ouverture assez grande pour leur permettre d'y passer librement, se jetteraient par là dans le rectum, et qu'ainsi l'anus contre nature, cessant de leur livrer passage, se rétrécirait et finirait par s'oblitérer. Je sentis que, pour parvenir sûrement à mon but, je devais avant tout mettre parfaitement en contact les parois correspondantes des deux intestins, puis y provoquer une inflammation adhésive, et enfin en emporter une portion plus grande que l'anus contre nature. La compression exercée graduellement sur les parois intestinales m'ayant paru propre à remplir ces conditions, j'eus recours à ce moyen. Je me servis, pour la pratiquer, d'une pince d'acier à branches séparées ; cette pince avait dix pouces et demi de longueur ; ses branches, que je distinguais en mâle et femelle, étaient cylindriques, du diamètre d'une grosse plume à écrire, et courbes dans les trois quarts environ de leur étendue ; elles se regardaient par leur concavité, et laissaient ainsi entre elles un vide oblong d'à peu près huit pouces de longueur, et d'un pouce et quart de largeur dans leur plus grand écartement ; elles se terminaient insensiblement, d'un côté, par un mors à face

plane, ovalaire, sillonnée en travers, dont les diamètres avaient, le grand, qui était suivant la longueur de l'instrument, de huit lignes, et le petit ou transversal, quatre ; et de l'autre, par un prolongement droit, long d'environ deux pouces et demi, aplati de dedans en dehors, ayant trois lignes d'épaisseur sur cinq de largeur. Le prolongement de la branche femelle présentait, dans le sens de sa longueur, trois trous placés à huit lignes l'un de l'autre, qui étaient destinés à recevoir trois clous fixés aux parties correspondantes du prolongement de la branche mâle. A un pouce du prolongement, les deux branches offraient, au centre d'un renflement, la branche femelle un trou, et la branche mâle un écrou, par où passait une vis qui servait à les rapprocher et à graduer la compression ; les mors de la pince étaient recouverts d'une peau fine, ainsi que la partie des branches comprise entre eux et la vis.

Le 21 avril, la malade fut privée de toute sorte d'aliments ; je ne lui permis de prendre pour boisson que de l'eau d'orge et de citron, et l'on fit, plusieurs fois dans la journée, des injections émollientes dans le vagin.

Le lendemain à 9 heures du matin, je procédai de la manière suivante à l'application de l'instrument. La malade était en supination, placée en travers de son lit, la partie supérieure du corps un peu plus élevée que le bassin, celui-ci sur le bord et en partie hors du lit, les cuisses écartées et dans la flexion, maintenues ainsi par deux aides. Après avoir fait quelques injections huileuses dans le vagin et enduit la pince de cérat, j'introduisis la branche femelle tenue de la main droite par son prolongement et conduite par l'index de la gauche, dans l'iléon, jusqu'à un pouce au-dessus de l'anus contre nature. Cette branche étant placée, je la confiai à un aide. Je portai ensuite la branche mâle, saisie aussi par son prolongement, mais avec la main gauche, le long de l'index de la droite dans le rectum, à la hauteur de l'endroit occupé dans l'iléon par le mors de la branche femelle.

Cela fait, j'assemblai les branches de l'instrument et le remis à l'aide pour les maintenir réunies et fermement en place. Ayant alors, afin de m'assurer de l'état des choses à l'intérieur, introduit les doigts indicateurs, l'un dans l'iléon et l'autre dans le rectum, je reconnus que les mors de la pince étaient dans ces intestins, placés plus d'un pouce au-dessus de l'ouverture entéro-vaginale, qu'ils se correspondaient exactement, et qu'ils n'embrassaient que les parois de

l'iléon et du rectum, le cordon charnu qui séparait les parties l'une de l'autre ayant été chassé à gauche. Satisfait de cela, je serrai la pince jusqu'à ce que le malade témoignât de la douleur. L'instrument fut assujetti au moyen d'un bandage en *T*. On remit la malade au milieu de son lit, dans une position telle que les épaules se trouvaient un peu plus élévées que la bassin, la tête fléchie sur la poitrine, et les membres inférieurs écartés et dans la demi-flexion. Je lui recommandai de garder attentivement cette attitude jusqu'à l'enlèvement de la pince, de s'abstenir durant ce temps de tout aliment, et de ne prendre pour boisson que de l'eau de gomme. Il se manifesta dans la journée quelques phénomènes spasmodiques de nature à ne causer aucune inquiétude. Dans la nuit ces accidents disparurent, et il se montra à leur place plusieurs signes d'inflammation du canal digestif et de la partie inférieure du péritoine. La douleur, produite dans la partie comprimée des parois de l'iléon et du rectum, arriva, vers la fin de la nuit, à son plus haut degré d'intensité et ne fut pas cependant aussi vive qu'on aurait pu le craindre. Le lendemain, l'instrument fut serré autant que possible sans exalter de douleur. Je prescrivis une saignée de trois palettes et des fomentations sur le ventre avec une forte décoction de mauve et de pavots.

Le 25 avril, la douleur qui avait occupé la moitié inférieure de l'abdomen s'était retirée dans le bassin et concentrée à l'endroit où elle avait pris naissance. Elle ne tourmentait la malade que lorsque celle-ci toussait ou opérait quelque mouvement. La fièvre et les accidents consécutifs de l'inflammation occasionnée dans les parois de l'iléon et du rectum, par les compressions, avaient presque entièrement disparu. Un écoulement de matières bilieuses, muqueuses, et purulentes avait lieu le long des branches de la pince, par le vagin et le rectum. La malade avait dormi une grande partie de la nuit et demandait des aliments.

Le 26, elle était gaie et avait passé une bonne nuit; elle se plaignait qu'on la laissait mourir de faim. La fièvre avait cessé et le pus qui s'écoulait par le vagin et le rectum était plus abondant et plus consistant que la veille. J'enlevai alors l'instrument, et en même temps j'emportai la partie comprimée des deux intestins, qui se trouvait collée au mors de la branche mâle. Cette portion des parois intestinales avait l'étendue et la forme de la face du mors; elle était fort mince, compacte, élastique, d'un blanc jaunâtre et formée par deux feuillets juxtaposés. Le même jour, malgré la recommandation que

je lui fis de se borner à l'usage du bouillon de poulet et de la tisane de gomme, la malade prit trois bouillons au vermicelle et quelques cuillerées de vin, et le lendemain matin un grand bol de soupe au lait sans en être en aucune manière incommodée. Toutefois, au moment de l'excrétion alvine, qui alors, comme avant l'opération, avait lieu peu à peu pendant un quart d'heure, deux heures et demie après l'ingestion des aliments, elle ressentait quelques douleurs vers le bas-ventre. Les excréments sortaient en partie par le vagin, en partie par l'anus; il étaient mous, mêlés à du pus et striés de sang.

Le premier mai, l'évacuation alvine s'effectua sans douleur. La suppuration, qui était allée progressivement en diminuant, avait entiérement cessé; les excréments étaient sans pus ni sang, et sortaient en plus grande partie par l'anus que par le vagin. Ayant, à cette époque, pour reconnaître les changements qui s'étaient opérés à l'intérieur, porté les doigts indicateurs, l'un dans l'anus et l'autre dans le rectum, je trouvai à environ un pouce de l'ouverture entéro-vaginale une ouverture de communication à peu près circulaire, assez grande pour permettre aux deux doigts, unis par leur bout, de passer facilement de l'un dans l'autre de ces intestins; ses bords étaient indolents, minces, et paraissaient être surtout parfaitement cicatrisés.

Le 8 du même mois, la malade avait repris toutes ses forces. Encouragé par l'avantage que je venais d'obtenir, je conçus alors le projet de tenter l'oblitération de l'anus contre nature. Comme je pensais que la constriction de l'anus, en retenant un certain temps dans le rectum les excréments qui s'y rendaient, ne permettait à cet intestin d'en recevoir qu'une partie, et qu'ainsi elle forçait le reste à sortir par le vagin, j'imaginai, pour obvier à cet inconvénient, de mettre à demeure une canule de gomme élastique dans le rectum. J'espérai que par ce moyen les matières fécales, trouvant pour sortir, avant d'arriver à l'anus contre nature, une voie toujours libre, se jetteraient en entier ou en très grande partie dans cette voie; et qu'en conséquence celui-là n'en recevant qu'une très petite quantité, ou bien cessant de leur donner passage, finirait tôt ou tard par se fermer. La canule fut placée dans le rectum; mais, bien qu'elle remplît passablement mes vues, je dus l'enlever le lendemain à cause d'un malaise intolérable dont la malade se plaignait sans cesse depuis son application.

Le 10, j'eus recours à un autre moyen. Je mis dans le vagin, sur l'ouverture entéro-vaginale, un bouton métallique, garni de coton et

recouvert d'une peau fine. Ce bouton fut tenu en place par une double corde à boyau préalablement ramollie dans l'eau chaude, qui du centre du bouton allait par l'iléon et le rectum, hors de l'anus, où elle était retenue par un petit cylindre de bois. J'appliquai cet appareil avec la plus grande facilité. Je me servis, pour cela, d'une sonde d'argent suffisamment courbée, pour aller par le rectum chercher la corde dans le vagin et l'amener à l'anus. Ce moyen s'opposait parfaitement à la sortie des excréments par l'anus contre nature, mais il avait l'inconvénient de tirailler les intestins et d'occasionner les douleurs fort importunes.

Le 12, un troisième moyen fut mis en usage ; il consistait à introduire une vessie de mouton remplie d'air dans le vagin, maintenue dans cette partie par un bandage en *T* ; mais je m'aperçus bientôt qu'en empêchant la sortie des excréments par le vagin, cette vessie gênait leur cours dans le rectum.

Le 13, j'essayai un quatrième moyen. Je plaçai dans l'iléon et le rectum, pour recevoir les matières fécales et les conduire au dehors, une canule de gomme élastique, du diamètre de 4 lignes, disposée en entonnoir à l'une de ses extrémités. L'introduction de cette sonde fut faite sans difficulté, à l'aide d'une sonde d'homme qui alla par le rectum et l'iléon en chercher le petit bout dans le vagin et l'amena à l'anus. Peu d'heures après son application, la malade ressentit quelques douleurs dans le bas-ventre; ces douleurs cessèrent après la sortie, par la canule, d'une petite quantité d'excréments, mais pour se montrer de nouveau avec plus de vivacité. La canule fut enlevée au bout de huit heures ; les douleurs disparurent bientôt après. J'abandonnai dès lors les choses à la nature, espérant que l'oblitération de l'ouverture entéro-vaginale s'effectuerait enfin sans le secours de l'art.

La malade, fort contente de ce qui avait été fait, se disposait à quitter Sainte-Marie pour retourner à son village. Elle était prête à partir, lorsque le 22, s'étant exposée, étant en sueur, à un coup d'air, elle fut subitement atteinte d'une pleuro-pneumonie des plus intenses. Au bout de 4 jours (le 26 mai) j'eus la douleur de la voir succomber à cette maladie. L'autopsie du cadavre ne fut point faite, parce que les parents ne voulurent y consentir à aucun prix.

Simon eut également l'idée, comme nous l'avons dit déjà, de créer une communication entre le bout supérieur de l'in-

testin grêle et le rectum; mais au lieu d'abandonner les choses à la nature, il voulait, une fois la communication largement établie, oblitérer le vagin au-dessous, par la suture, après avivement circulaire de ce conduit (obs. XXXVII).

On se rappelle que dans ce cas, il existait une fistule vésico-vaginale en même temps que la fistule intestinale et le rétrécissement du vagin. L'état des choses ne permettait pas de songer à attaquer directement les fistules parce qu'elles siégeaient à une hauteur considérable dans un vagin très étroit et inextensible, et que leur pourtour était fortement soudé aux parties ambiantes. Simon avait d'abord songé à obtenir la continence de l'urine et des fèces en oblitérant le vagin au-dessous des deux fistules et au-dessus de l'orifice uréthral, auquel cas la partie supérieure du vagin et celle de la vessie auraient constitué un réservoir commun à l'urine et aux matières fécales, qui se seraient écoulées par l'urèthre volontairement fermé.

Mais en agissant ainsi, il était à craindre que l'urèthre fût trop étroit pour donner une issue facile aux fèces, et que le séjour prolongé de celles-ci dans le vagin et dans la vessie provoquât la formation de calculs, une irritation vésicale violente, etc. Simon se proposa alors d'établir une large communication entre le vagin et le rectum, c'est-à-dire une grande fistule recto-vaginale et ensuite d'oblitérer le vagin transversalement au-dessous. De cette manière, après la réussite de cette dernière opération, le réservoir urino-fécal aurait eu un conduit excréteur volontairement fermé du côté de l'urèthre et de l'anus. Nous avons vu pourquoi ce projet parfaitement rationnel et exécutable n'avait pu être mis en pratique.

Le procédé de Casamayor aurait convenu très bien au cas de M. Verneuil, mais celui-ci, voyant quelque difficulté à appliquer l'entérotome à plaques, et craignant que la communication iléo-rectale créée par cet instrument ne fût pas suffisante, imagina le procédé suivant :

1° A l'aide d'un trocart courbe, perforer la cloison recto-

vaginale au-dessous de la fistule (1 cent. environ), puis passer un tube de caoutchouc;

2° Perforer de la même manière la cloison iléo-rectale à 3 cent. environ au-dessus de la première ponction, et passer un autre tube de caoutchouc;

3° Réunir solidement les deux chefs rectaux, puis tirer sur le chef iléo-rectal. On a ainsi une anse dont les deux chefs sortent par le vagin, l'un par l'anus anormal et l'autre au-dessous, et dont la partie moyenne répond à la cloison à diviser. Il ne reste qu'à serrer ces fils qui, par leur élasticité, opéreront cette section.

Dès que la communication iléo-rectale sera faite et qu'on se sera assuré qu'elle est suffisamment large pour permettre le libre passage des matières de l'iléon dans le rectum, il restera à fermer la fistule iléo-vaginale par l'opération pratiquée pour les fistules du vagin.

La malade trouvant son infirmité tolérable et ayant une grande répugnance pour les opérations, M. Verneuil n'insista pas pour l'opérer, et son procédé resta à l'état de projet.

Ces différents procédés, dans lesquels on anastomose latéralement l'iléon et le rectum, se rapprochent beaucoup d'un procédé que les auteurs ont prêté gratuitement à Roux, qui n'y avait pas songé, comme nous l'avons indiqué dans notre historique. Ce procédé consisterait à invaginer, à aboucher le bout supérieur de l'intestin, détaché de ses adhérences vaginales, dans le rectum. Mais une conséquence fâcheuse de tous ces procédés est d'enlever à ses fonctions toute la partie de l'intestin comprise entre la fistule et le rectum, et quelques auteurs se sont élevés contre cette manière de faire, justement à cause de cette exclusion d'une anse intestinale considérable des fonctions digestives.

On pourrait répondre que pendant que la fistule existe, comme d'ailleurs dans tous les cas d'anus contre nature accidentel ou chirurgical, tout le reste de l'intestin ne fonctionne plus, et que néanmoins l'état général des malades n'en souffre pas sensiblement. La malade de Jennings a survécu vingt-un

ans à son affection, et cependant elle était privée de la fonction de la moitié de l'intestin grêle et de tout le côlon. De plus nous avons trouvé une observation dans laquelle le projet dont il s'agit a été réalisé par la nature : l'iléon s'est accidentellement ouvert dans le rectum, ce qui n'a pas empêché la malade de survivre pendant près de huit années. Voici ce fait, que nous croyons unique dans la science :

### Observation XXXIX.

*Hernie de l'iléon à travers les parois du rectum; étranglement de la hernie, ouverture iléo-rectale; dilatation du bout supérieur de l'intestin; rétrécissement du bout inférieur* (1).

La femme M..., âgée de 75 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 août 1859, dans le service de M. Legroux. Cette malade, d'une constitution qui paraît délabrée, très faible, anémique, présente sur tout son corps une teinte jaune-paille, semblable à celle de la cachexie cancéreuse. Cette femme est très maigre, et à travers ses parois abdominales amincies et flasques, on sent diverses tumeurs de volume variable, les unes de la grosseur d'un œuf de poule, les autres d'un volume moindre. C'est principalement dans la fosse iliaque droite qu'il est permis de bien sentir une de ces tumeurs, la plus grosse de toutes. La présence de ces tumeurs et l'aspect extérieur de la malade nous font penser à une affection cancéreuse des intestins ou de l'épiploon.

Comme antécédents, cette femme nous dit d'une manière très positive que huit ans auparavant elle avait fait une maladie grave, pendant laquelle elle était restée couchée longtemps. Son ventre était devenu *très gros*, suivant ses propres expressions. Elle éprouvait de violentes coliques, avec vomissements répétés dont elle ne peut préciser la nature, et suppression des selles. Elle resta dix jours environ dans cet état, et subitement elle se sentit soulagée par une évacuation abondante de matières fécales. A peu près rétablie, elle éprouvait néanmoins quelques coliques de temps en temps.

D'une condition misérable, cette femme, mal nourrie et manquant des choses les plus indispensables à l'entretien de la vie, a vu ses

(1) Allaux. *Communication de la fin de l'intestin grêle avec le rectum.* Voir *Bull. Soc. anat.*, 1859, p. 346.

forces diminuer avec l'âge, et c'est pour cela qu'elle est entrée à l'hôpital, où nous avons pu constater son état. La faiblesse de cette malheureuse va en augmentant, et elle succombe trois jours après son arrivée dans la salle.

L'autopsie ne nous a pas permis de constater rien de bien important du côté des viscères de la tête et de la poitrine. Dans le gros intestin, et principalement dans le cæcum, nous constatons la présence de masses dures, arrondies, formées par des matières fécales anciennes et décolorées, mais nous avons trouvé une disposition des intestins parfaitement en rapport avec les symptômes que cette femme avait éprouvés huit ans auparavant. Voici, du reste, la description de la pièce.

A part la présence de ces matières dures dont nous avons parlé, on ne trouve rien de remarquable dans le gros intestin.

Il n'en est pas de même de l'intestin grêle, qui, à 1 mètre de la valvule iléo-cæcale, communique avec la partie supérieure du rectum. Entre cette valvule et la partie qui s'ouvre dans le rectum, cet intestin est uniformément rétréci et présente 2 cent. 1/2 de circonférence; mais le bout supérieur, qui s'étend de l'estomac à l'ouverture accidentelle, celui-ci est très largement dilaté, et a une circonférence de 9 centimètres.

Les deux bouts de l'intestin grêle qui s'abouchent dans le rectum sont presque parallèles. Un peu avant de s'ouvrir dans ce dernier organe, ils paraissent avoir contracté des adhérences par leur surface de contact. Le bout supérieur communique avec le rectum par une ouverture assez dilatée pour permettre la libre circulation des matières fécales. Le bout inférieur, au contraire, ne communique avec ce même intestin que par une ouverture petite et laissant passer au plus une sonde de femme. Les bouts supérieur et inférieur, par leur juxtaposition, forment un éperon saillant dans la cavité rectale.

D'après l'examen attentif de la pièce, on dirait que l'intestin grêle s'est engagé dans une déchirure de la partie supérieure du méso-rectum; en un mot, dans le point où cette partie du péritoine cesse d'envelopper le rectum, de façon à constituer une hernie interne.

Le collet de cette hernie aurait été formé par la déchirure du méso-rectum. La portion de l'intestin grêle qui se serait engagée dans cette déchirure aurait été étranglée, et serait devenue cause des symptômes d'étranglement interne mentionnés par la malade. Plus tard, l'anse herniée se serait ouverte dans le rectum, comme il arrive quelquefois

que les hernies étranglées se font jour à l'extérieur par la perforation de leurs enveloppes. Dès lors, l'étranglement aurait cessé, et la malade aurait dû le rétablissement des matières à cet anus contre nature, tout à fait comparable à celui qui s'établit dans la région inguinale ou crurale, à la suite des hernies étranglées par la gangrène de l'intestin.

Et, pouvons-nous ajouter, à celui qui s'établit entre l'iléon et le vagin, dans les conditions que nous avons indiquées plus haut.

*Opérations pratiquées directement sur la fistule.* — Casamayor, dans la relation de son fait, dit que plusieurs médecins avaient conseillé à sa malade de se faire ouvrir le ventre pour y aboucher et coudre ensemble les deux bouts de l'intestin divisé. La malade demanda l'opération, mais Casamayor refusa de la pratiquer.

M. Verneuil nous apprend de son côté qu'un chirurgien des hôpitaux de Paris proposa à sa malade de lui ouvrir le ventre pour pratiquer un anus contre nature à la paroi abdominale. Cette fois ce fut la malade qui refusa.

Roux proposa et la malade accepta une opération analogue à celle dont parle Casamayor. Il voulait d'abord pratiquer un anus contre nature à la paroi abdominale, mais il se décida pour l'autre projet.

Roux divisa d'abord la paroi abdominale dans l'étendue de 3 pouces, en descendant jusque près du pubis, et en prenant toutes les précautions pour ne pas blesser les intestins. Le péritoine fut incisé dans toute l'étendue de la plaie. Cela fait, l'opérateur porta une main dans la cavité abdominale et eut quelque peine à trouver l'anse qu'il cherchait ; il n'y parvint qu'en portant un doigt par le vagin dans l'anus contre nature. Il jugea ainsi qu'il saisissait une partie de l'anse perforée ; un fil fut passé au moyen d'une aiguille courbe au travers de son mésentère, et cette portion d'intestin fut amenée au dehors. Une seconde portion qui parut être l'autre moitié de l'anse fut amenée avec facilité à la plaie extérieure. Ces deux portions

furent divisées en travers, le mésentère détaché dans l'étendue de quelques lignes ; on fit la ligature de quelques petits vaisseaux, puis on réunit les deux bouts par quatre points de suture de manière à adosser les séreuses, on coupa les fils près du nœud, et l'intestin fut réintroduit dans l'abdomen. L'incision abdominale fut réunie par des points de suture enchevillée. Nous avons déjà dit l'erreur commise par Roux et les suites de cette erreur. Nous n'y reviendrons pas. Voici d'ailleurs les détails de son observation.

### Observation XL.

*Accouchement laborieux ; anus iléo-vaginal consécutif ; gastrotomie et tentative de réunion des deux bouts de l'intestin ; erreur grave du chirurgien dans l'opération ; péritonite ; mort* (1).

Une femme de 22 ans (25 ans, *La Clinique ;* 26, *Archives*), d'une forte constitution (blanchisseuse à Sèvres. *Clin.*), accoucha à terme dans le mois de janvier (au commencement du mois. *Clin.*). L'accouchement fut laborieux et nécessita l'application du forceps. Il paraît que l'accoucheur pinça avec la tête de l'enfant une des lèvres de l'orifice utérin, un repli du vagin, et avec ces parties une anse intestinale. Cette femme n'éprouva cependant après son accouchement aucun accident grave. (Pendant les premiers jours il n'y eut pas de

(1) Cette observation a été communiquée à l'Académie de médecine, section de chirurgie, dans la séance du 10 avril 1828, par Roux lui-même, sous le titre suivant : *Anus contre nature au fond du vagin. Gastro-entérotomie*, d'après le *Journal général de médecine*, t. CIII, p. 282, 1828. Ce recueil rendant compte des séances de l'Académie, nous croyons devoir adopter sa version.

Le fait est aussi rapporté dans le *Bulletin des sciences médicales*, de Férussac (t. XIV, 1828, p. 70), sous un autre titre : *Anus contre nature iléo-vaginal ; entérorraphie*. Ce titre et l'observation sont empruntés au journal *La Clinique des hôpitaux*, t. II, n° 23, 6 mars, p. 129. Cette version, recueillie au moment où Roux fit clinique sur le cas dont il s'agit, renferme quelques détails importants que nous ne trouvons pas dans la précédente et que nous y avons ajoutés entre parenthèses.

Les *Archives générales de médecine* (1re série, t. XVII, p. 300) ont aussi n séré ce fait, mais d'une manière très succincte.

selles, ni aucun accident qui pût faire soupçonner l'interruption du cours des matières fécales dans le tube digestif. *Clin.*). Mais huit à dix jours après, la sortie de matières fécales demi-liquides par le vagin fit reconnaître qu'il s'était opéré une communication entre cette partie et le tube digestif. (A dater de ce moment la malade ne cessa de rendre par cette voie des matières semblables, et ne rendit plus rien par l'anus naturel. *Clin.*). Cet accident persista et la malade entra à l'hôpital de la Charité pour se faire guérir de cette incommodité (le 27 janvier, vingt jours après son accouchement. *Clin.*)

Le doigt porté dans le vagin et l'examen de sa partie supérieure au moyen du spéculum uteri faisaient reconnaître (en arrière et à gauche, *Clin.*), à la place de la lèvre postérieure du col de la matrice qui n'existait plus, l'orifice d'un conduit par lequel s'écoulaient continuellement des matières molles, liquides, d'un gris jaunâtre; un lavement injecté dans le rectum ne pénétrait pas jusqu'à l'orifice de cette fistule, qui ne donnait point issue à des matières fécales achevées. Il était donc probable (d'après ce signe et d'après la hauteur à laquelle se trouvait l'orifice, qu'on n'avait point affaire à une fistule recto-vaginale. *Clin.*), mais que c'était avec une portion de l'iléon que communiquait le vagin par l'intermédiaire de la fistule.

M. Roux tenta d'abord d'obtenir la guérison de cet anus contre-nature en soumettant cette malade, pleine de résignation et demandant à guérir à tout prix de son infirmité, à une abstinence prolongée. (Pendant longtemps il ne lui fut accordé pour toute nourriture que deux potages au riz dans les vingt-quatre heures. *Clin.*); les matières fécales furent rendues en quantité moins considérable, mais elles sortirent toujours en totalité par la fistule; il n'en passait pas la plus petite quantité par l'anus.

Cependant cette femme s'affaiblissait; on pouvait prévoir que cette perte continuelle de matières chymeuses l'épuiserait promptement; elle demandait instamment à être débarrassée de son infirmité. (Ici, en effet, on ne devait rien attendre des efforts de la nature; il n'y avait point cet *imbuto membranoso* (Scarpa) indispensable à la guérison des anus contre-nature, et au moyen desquels la nature opère si merveilleusement la cure de ces maladies, lorsqu'elles résultent de la gangrène d'une hernie intestinale ordinaire. *Clin.*). Dans cet état, dit M. Roux, fallait-il laisser cette malheureuse mourir des suites de cette maladie? Je conçus la possibilité de pratiquer une opération grave, insolite à la vérité, mais qui enfin pouvait guérir

cette malheureuse. Son mari, qui se joignait à elle pour demander sa guérison, fut prévenu de tout ce que cette opération pouvait avoir de grave. Elle en fut aussi avertie. Pleine de résignation, elle s'y décida et fut opérée le 1er mars.

(M. Roux voulait d'abord aller à la recherche de l'anse intestinale perforée, la couper au-dessus et au-dessous de son adhérence, amener les deux bouts, les fixer au dehors, et substituer ainsi un anus contre nature extérieur à l'anus vaginal sauf à employer par la suite les moyens propres à guérir cet anus extérieur. Mais c'était faire courir à la malade les chances d'une opération dangereuse pour rendre son incommodité seulement un peu moins dégoûtante. M. Roux abandonna cette idée et forma le dessein d'affronter les deux bouts de l'intestin et de les maintenir par l'un des moyens d'entérographie qui ont été imaginés dans ces derniers temps. *Clin.*).

Avant de décrire l'opération à laquelle j'ai eu recours, je dois prévenir, dit M. Roux, que cette opération n'a point été terminée ; il y a eu dans son résultat une très grande imperfection qui en eût annulé tous les avantages, si la malade s'était rétablie. Je dois me hâter de dire aussi que cette opération a causé la mort de la malade, qui est arrivée trente-six heures après.

(La malade avait conservé son embonpoint, de la fraicheur, et toute sa force ; sa constitution n'était nullement détériorée. *Clin.*).

Une incision a été pratiquée sur la ligne blanche, sur une longueur de trois pouces, se terminant inférieurement auprès de la symphyse du pubis. Cette incision, pratiquée avec les précautions nécessaires pour ne pas blesser les intestins, a ouvert l'abdomen dans toute sa longueur. (La peau et la ligne blanche sont divisées en plusieurs temps, quelques petites artères sont ouvertes, on les lie aussitôt ; on arrive au péritoine. Ici, de grandes précautions devenaient nécessaires pour éviter la lésion des viscères abdominaux. Le chirurgien tâtonne pendant quelques instants ; l'épiploon, poussé par les intestins, était si immédiatement contigu au péritoine pariétal, que l'opérateur a cru d'abord qu'il y adhérait. Il allait discontinuer l'opération, mais un examen plus attentif lui a fait reconnaître son erreur. Il a soulevé légèrement le péritoine, qu'il a ouvert avec précaution ; il a ensuite glissé une sonde cannelée entre cette membrane et les viscères, et a incisé le péritoine dans toute la longueur de la plaie extérieure. *Clin.*)

Ce premier temps de l'opération terminé, M. Roux a porté deux

doigts dans le bassin pour aller saisir l'anse intestinale qui formait l'anus contre nature. Là une difficulté s'est présentée pour reconnaître cette portion d'intestin. M. Roux n'y est parvenu qu'avec peine en portant un doigt dans le vagin et dans l'anus contre nature.

« Maintenant, dit M. Roux, que j'ai réfléchi sur la difficulté que j'ai rencontrée dans cette opération, je dois dire que si j'étais dans le cas d'en pratiquer une semblable, j'introduirais un corps dur par la fistule dans l'intestin, aux dépens duquel elle serait formée, et un autre dans le rectum. La présence de ce corps étranger, qui serait par exemple une sonde de gomme élastique, servirait de guide pour reconnaître les parties du tube digestif que l'on toucherait dans l'abdomen. »

Quoi qu'il en soit, le doigt indicateur porté dans la fistule étant senti au travers d'une épaisseur peu considérable de parties, par les doigts introduits dans le ventre, M. Roux jugea qu'il saisissait une portion de l'anse comprise dans l'anus contre nature ; un fil fut passé au moyen d'une aiguille courbe au travers de son mésentère, et cette portion d'intestin fut amenée au dehors. Une seconde portion qui parut être l'autre moitié de l'anse fut amenée avec facilité à la plaie extérieure. C'est entre ces deux portions que M. Roux pratiqua une réunion par la suture à la manière de M. Lembert. La dernière portion fut donc d'abord coupée en travers ; elle contenait quelques matières solides et assez dures. On en conclut que c'était la partie inférieure de l'anse, d'autant plus qu'elle ne présentait point d'appendices graisseux comme on en remarque sur l'intestin grêle. L'autre portion fut également divisée ; le mésentère fut ensuite détaché dans l'étendue de quelques lignes : on fit la ligature de quelques petits vaisseaux ouverts dans cette partie de l'opération. Après avoir rapproché les deux bouts de l'intestin, on les maintint par quatre points de suture (trois points dont deux sont appliqués sur les côtés de l'insertion du mésentère à l'intestin et le troisième sur le point opposé à cette insertion. (*Clin.*). Appliqués à quelques lignes de la section, le fil entrant et ressortant du côté de la membrane séreuse, il en résulta que, lorsqu'il fut serré, les extrémités intestinales étaient en contact par leur surface séreuse. Les fils furent coupés auprès du nœud, et l'intestin ainsi réuni par une suture fut réintroduit dans l'abdomen. L'incision des parois abdominales fut ensuite réunie immédiatement par des points de suture enchevillés. Cette opération pénible dura une heure (une heure un quart, y compris le pansement. *Clin.*).

De violentes douleurs abdominales se manifestèrent quelques

heures après l'opération ; on fut obligé de relâcher la suture des parois, on pratiqua une forte saignée du bras, et on appliqua de la glace sur le ventre ; les douleurs n'en furent pas moins en augmentant; il se manifesta dans la soirée des vomissements muqueux ; le lendemain les accidents avaient fait des progrès : la malade périt trente-six heures après l'opération.

*Ouverture du cadavre.* — Une péritonite légère existait ; elle se caractérisait par une exsudation pseudo-membraneuse sur le péritoine, et sur les intestins grêles qui étaient distendus par du gaz. L'iléon, à quelques pouces de son extrémité, adhérait assez solidement au repli que forme postérieurement le vagin en se continuant avec l'utérus, et formait ainsi l'anus contre nature, dans lequel ne se trouvait comprise que la moitié du tube intestinal. Le bout inférieur de l'iléon s'invaginait par l'ouverture fistuleuse et formait une saillie d'un pouce environ.

L'intestin grêle avait été coupé à un pouce et demi au-dessus de son adhérence ; mais l'autre section, que M. Roux avait cru faire sur l'iléon entre l'anus contre nature et le cæcum, avait été faite sur le côlon descendant un peu au-dessus du rectum ; il résultait de cette erreur, dit M. Roux, que, quand même la malade se fût rétablie, mon opération n'aurait eu aucun résultat ; car les matières apportées par l'iléon eussent passé directement dans le côlon descendant, qui fût ainsi devenu ascendant, auraient suivi en remontant le trajet du côlon jusqu'à la valvule iléo-cæcale, et si l'on admet encore qu'elles eussent pu franchir de bas en haut cette valvule, rentrées ainsi dans l'iléon, elles seraient arrivées à l'anus contre nature par *la partie* intacte de cet intestin, par la portion que j'avais cru couper. Je n'ai pu distinguer le côlon de l'iléon à cause de l'absence d'appendices graisseux chez ce sujet.

J'ai dû, ajoute M. Roux, entrer dans tous les détails malheureux de cette opération, afin qu'ils pussent tourner au profit de l'art et servir à ceux qui auraient une semblable opération à exécuter. Je dois dire aussi, relativement à la suture de l'intestin par le procédé de M. Lembert, que la réunion commençait à s'opérer en quelques points, mais qu'il n'y avait pas d'affrontement du côté du mésentère. Là, l'intestin bâillait en quelque sorte ; il faudrait donc, dans un cas de cette espèce, faire plus de quatre points de suture. Il ne s'était cependant pas fait d'épanchement dans l'abdomen ; mais une petite boule de

matière fécale durcie était interposée entre les bords béants des intestins réunis.

(M. Roux croit de son devoir et de sa loyauté de faire connaître sa conduite en cette circonstance. — *Arch.*)

Dans une note qui n'a que le tort d'être un peu prolixe, M. Gendrin, après avoir considéré le fait de Roux comme le premier exemple d'un anus accidentel au fond du vagin, y joint quelques remarques qui portent sur le traitement médical et chirurgical des anus contre-nature, sur leurs variétés anatomiques, sur les procédés d'entérorrhaphie et enfin sur la gastro-entérotomie, si on croyait pouvoir l'appliquer dans ces cas (1).

Je donnerai une courte analyse de cet essai critique.

M. Gendrin recommande d'abord, pour les cas de ce genre, une diète sévère composée d'une petite quantité d'aliments liquides et de très facile digestion; puis des douches variées : — dans le rectum pour dilater cet organe et aller jusqu'à la valvule iléo-cæcale, — composées de lait et de bouillon comme moyen nutritif, — portées directement en jet d'abord très faible, puis plus fort sur l'orifice fistuleux pour dilater le bout inférieur et prévenir son rétrécissement et aussi pour dilater la partie intermédiaire aux deux bouts, etc.

Malgré l'emploi méthodique de ces moyens, M. Gendrin convient qu'il y a des anus contre nature qui ne guérissent pas, soit parce qu'ils sont très anciens, soit parce qu'ils comprennent toute l'épaisseur de l'intestin et que les deux extrémités intestinales y arrivent parallèlement. Il faut alors recourir à des moyens chirurgicaux, après avoir dilaté autant que possible le cul-de-sac qui forme l'anus accidentel.

« Le procédé de M. Dupuytren, pour guérir ces anus, est suffisamment justifié par l'expérience; on sait qu'il consiste à

(1) *Sur le traitement des anus contre nature, sur l'entérorraphie et sur la gastro-entérotomie comme moyen de guérir les anus contre nature. — Journ. gén. de méd.*, t. CIII, p. 296, 1828.

déterminer par une pression graduée, au moyen d'une pince, l'adhérence et la section de la cloison intermédiaire aux deux extrémités intestinales. »

M. Gendrin poursuit encore : « Les anus contre nature ont assez ordinairement des caractères qui permettent de reconnaître s'ils sont formés par la section complète de l'intestin ou par une simple fistule qui ne comprend qu'une partie du canal. On les constate par des explorations avec la sonde, par des injections, par le tamponnement. Il est presque certain que chez la femme de la Charité il ne s'agissait que d'une simple fistule intestinale, circonstance favorable à la réussite du traitement par la diète, la suppuration, l'occlusion de la fistule et les douches. Mais si l'anus contre nature eût été formé avant par la section complète du tube intestinal, le praticien, qui ne se serait pas senti le courage et l'habileté nécessaires pour tenter la gastro-entérotomie, aurait tenté de dilater l'anus contre nature par des tentes ou l'éponge préparée, puis les deux extrémités de l'intestin; il aurait essayé ensuite de rétablir la continuité du canal en obstruant l'anus accidentel par un obturateur; enfin peut-être eût-il été conduit à l'emploi du procédé de Dupuytren, qui n'eût exigé, à cause de la profondeur de l'anus contre nature, d'autres modifications qu'un instrument plus long et fabriqué suivant les convenances. »

Voilà, à mon avis, établie de main de maître, par *un journaliste*, médecin éminent depuis, et dès l'apparition de l'anus contre nature vaginal sur la scène chirurgicale, non seulement une distinction fort nette des deux variétés anatomiques de l'affection, mais encore un plan opératoire complet que les modernes ne désavoueraient pas, et qui méritent certainement d'être relevés par les chirurgiens proprement dits.

Dans le paragraphe suivant, M. Gendrin, critiquant Roux avec discrétion et convenance, combat l'entérorrhaphie et recommande une manière de faire à laquelle Roux avait pensé, mais qu'il avait rejetée, c'est-à-dire l'établissement d'un anus contre nature à l'extérieur, et à ce propos indique même une

précaution qui n'est pas sans valeur, capable qu'elle est de détruire d'emblée l'éperon.

En terminant, M. Gendrin, examinant enfin la gastro-entérotomie, pense qu'elle sera toujours une opération excessivement dangereuse et qu'elle ne serait indiquée que par l'insuccès de tous les autres moyens, l'état de dépérissement de la malade et le danger de mort, par suite de l'anus contre nature; elle ne serait justifiée que par le *melius anceps remedium quam nullum*, précepte qui a fait périr plus de malades que les maux auxquels on croit devoir appliquer l'*anceps remedium*. M. Gendrin propose quelques modifications capables, suivant lui, de faire éviter l'erreur de Roux, et que nous n'avons pas à rapporter ici.

Michon, après avoir rapporté les observations de Roux et de Casamayor, se prononce contre la tentative du premier et approuve au contraire celle du second; mais il ajoute que celle-ci n'est praticable que s'il existe un rapport très étendu entre l'intestin grêle et le rectum, et qu'il ne faut pas compter sur une guérison complète. (*Des opérations que nécessitent les fistules vaginales*, thèse de concours. Paris, 1841, p. 229 et 237.)

Sans doute, le moyen proposé par Roux sera toujours exceptionnel, mais, si on croyait devoir y recourir aujourd'hui, l'entreprise serait certainement moins périlleuse qu'il y a cinquante ans, grâce aux ressources de la chirurgie antiseptique. Les opérations d'ovariotomie, avec adhérences du kyste aux organes abdominaux, sont certes plus dangereuses, et néanmoins on les pratique journellement avec succès. On fait de même assez volontiers la résection de l'intestin et l'abouchement des deux tronçons. Mais, pour l'affection qui nous occupe, le moyen le plus employé dans ces derniers temps et qui, à la vérité, paraît le plus rationnel, consiste à traiter l'anus vaginal comme un anus contre nature ordinaire : s'assurer de la perméabilité des deux bouts, sectionner l'éperon s'il existe, puis aviver les bords de l'orifice anormal et les réunir par la suture. C'est ce que firent Weber et Heine dans l'observation XLII.

Le cas le plus compliqué de ce genre est celui que rapporte Bartels.

Sa malade avait un prolapsus intestinal énorme, une fistule vésico-vaginale, une fistule iléo-vaginale et une fistule recto-vaginale.

Le chef de service, le Dr Wilms, fit d'abord la section du prolapsus le 19 novembre 1869, de la manière décrite plus haut. En janvier 1870, on essaya d'obtenir la fermeture de l'anus iléo-vaginal au moyen des cautérisations au fer rouge; la fistule se contracta un peu, mais ce fut tout.

Le 8 mars, Wilms pratiqua la suture des fistules vésicale et iléale en une seule séance, pour les mettre l'une et l'autre à l'abri des excrétions après l'opération. On aviva d'abord très exactement et largement, en forme d'entonnoir, toute la circonférence de l'anus anormal. L'avivement analogue de la fistule vésico-vaginale constitua le second acte de l'opération. On réunit les bords soigneusement affrontés et aussi rapprochés que possible de l'anus avec des sutures d'argent et des sutures de soie intercalées, de manière à former une ligne de réunion transversale. La fistule vésico-vaginale fut encore réunie également en travers par les fils d'argent et de soie, et après qu'on se fut assuré de l'occlusion complète de cette dernière fistule à l'aide d'une injection poussée dans la vessie, l'opération fut terminée. On suivit le traitement ordinaire en cas de fistule vésico-vaginale. Le lendemain la menstruation apparut. Au vingtième jour, la fistule vésico-vaginale était complètement cicatrisée, mais la suture avait manqué sur l'anus anormal, un peu rapetissé seulement. Un mois après, nouvelle opération analogue sur la fistule stercorale, mêmes phénomènes consécutifs : apparition des règles au deuxième jour et insuccès de la suture. Un mois après on appliqua de nouveau le fer rouge, puis la teinture de cantharides sur les bords de la fistule, mais en vain. Bientôt la malade, prise d'ennui, quitta l'hôpital guérie de sa fistule vésico-vaginale, mais conservant ses fistules stercorales.

OBSERVATION XLI.

*Accouchement laborieux; rupture du vagin; issue et étranglement de l'intestin grêle par la plaie; anus iléo-vaginal et fistule vésico-vaginale; prolapsus de l'intestin dans le vagin; résection de la portion prolapsée; cautérisation de l'anus anormal; insuccès; suture de la fistule vésico-vaginale et iléo-vaginale; guérison de la première et insuccès pour la seconde; nouvelle suture de cette dernière; insuccès; permanence de l'anus anormal* (1). Max Bartels. *Complicirter Scheidenafter*, observation recueillie dans le service du Dr Wilms, à l'hôpital des Diaconesses, de Berlin. *Archiv für Gynækologie*, Bd. III, 1872, p. 502.

Johanna Wundrach, ouvrière, 39 ans, reçue le 28 septembre 1869, raconte que dans son dernier accouchement, remontant à deux mois, elle a eu, par la faute de la sage-femme, une lésion aux parties génitales qui la rend incapable de retenir les matières fécales et l'urine.

A l'examen, on trouve hors de la vulve un organe qu'on pourrait prendre à un examen superficiel pour un utérus fortement prolapsé. Il est couvert çà et là de mucus et de lambeaux diphthéritiques; sa longueur hors de la vulve mesure 10 centimètres, sur 8 centimètres de large. L'issue a lieu par la partie inférieure de la fente vulvaire, dont la partie supérieure n'est point modifiée.

La surface de la masse présente une foule d'inégalités et de saillies séparées l'une de l'autre par des masses cicatricielles; une bandelette longitudinale, étroite, irrégulière, lisse, analogue à la muqueuse des lèvres, sépare la tumeur en deux portions, l'une ventrale, l'autre dorsale.

Le doigt, introduit dans le vagin, constate qu'à une hauteur de 5 à 6 centimètres, la muqueuse vaginale se réfléchit en bas et s'étale sur les parties herniées. Sur la ligne médiane seulement, au-dessus du prolapsus, se trouve une ouverture, dans la ligne de réflexion, par laquelle le doigt porté plus haut sent la muqueuse plissée de la vessie, ainsi qu'un cathéter introduit par l'urèthre.

Outre son prolapsus compliqué, la malade présente donc encore une fistule vésico-vaginale d'environ 4 centimètres de diamètre. Plusieurs

(1) Comme l'auteur le reconnaît lui-même, ce fait, très compliqué, présente plus d'un point obscur en ce qui concerne surtout l'anatomie pathologique, malgré l'annexion au texte de trois belles figures. Le récit est très prolixe; je le reproduirai néanmoins à peu près en entier.

ouvertures existent sur la masse prolapsée. La plus élevée siège sur la partie centrale, exactement au niveau de la fente vulvaire; elle est horizontale, large de 2 centimètres, en forme d'entaille. L'indicateur y pénètre facilement et s'engage en haut dans un canal régulier recouvert de muqueuse et dont on ne peut trouver la terminaison. Par cette ouverture sortaient les matières fécales, tandis que l'anus ne laissait passer depuis longtemps qu'un mucus décoloré. En introduisant un doigt dans l'anus, on sent entre le rectum et le canal sus-mentionné une paroi assez épaisse.

Deux autres ouvertures très bien limitées, éloignées d'environ 2 centimètres 1/2 l'une de l'autre, siègent également sur la même partie centrale; elles sont le commencement et la fin d'un court canal tapissé également de muqueuse, et que l'index pénètre facilement. Une cicatrice horizontale profonde forme une dépression entre les deux ouvertures. Au bout d'un mois elle se rompit, de sorte que le court canal présenta une troisième ouverture qui le partagea à peu près en deux.

La partie dorsale du prolapsus se terminait en bas par une saillie en forme de poire, sur laquelle se trouvait une ouverture. Derrière cette saillie surgit de la commissure de la vulve une autre saillie recouverte d'une muqueuse rosée, de la forme et du volume d'une pomme ordinaire. A sa partie la plus déclive elle présente une grande ouverture, qui admet sans peine le doigt indicateur, et conduit dans un canal ascendant de 4 centimètres environ; ce canal se courbe, se continue avec un autre canal étroit, à parois épaisses, qui traverse la saillie en forme de poire, et s'abouche avec l'ouverture que nous avons déjà signalée au sommet de celle-ci.

Au point de sortie du prolapsus, sur sa face postérieure, juste au niveau de l'ouverture vulvaire, le doigt explorateur pénètre dans un canal ascendant à travers une large fissure qui entoure comme un demi-anneau la racine du prolapsus. Un doigt introduit en même temps dans le rectum sent à la hauteur de plus de 8 centimètres une ouverture à la paroi rectale antérieure. C'est le commencement d'un canal qui se dirige en bas. S'efforce-t-on avec la pointe du doigt de pénétrer dans cette ouverture, en même temps qu'on attire un peu en bas la paroi antérieure du rectum, on parvient à introduire ce doigt dans ce canal et à toucher l'autre doigt porté dans le canal ascendant. Ainsi on se convainct que l'ouverture de la paroi rectale antérieure est le commencement du canal, qui finit à l'ouverture située

sur la face postérieure du prolapsus au voisinage de la fente vulvaire. Par ce canal, depuis le premier examen, se fait naturellement la défécation, tandis que, après comme avant les recherches, il ne sort par l'anus que des matières muqueuses.

Récapitulons brièvement cet état compliqué. Il en résulte que le prolapsus est traversé par quatre canaux dont l'un passe dans la partie antérieure la plus élevée, l'autre dans la partie postérieure la plus basse, tous deux servant à la défécation ; les deux autres traversent en forme d'arc les parties saillantes du prolapsus et ne semblent servir à rien.

Pour juger ce cas, il était de la plus grande importance d'être éclairé sur la position et l'état de l'utérus. On ne pouvait songer au traitement opératoire des différentes fistules stercorales avant d'avoir enlevé toutes les parties prolapsées et établi de cette manière un anus vaginal simple siégeant sur un plan uni. L'opération de la fistule vésico-vaginale eût été également rendue impossible par la présence du prolapsus, parce que celui-ci obstruait presque complètement le vagin. De la forme et de l'apparence du prolapsus on ne pouvait pas même savoir si l'utérus se trouvait dans son intérieur.

C'est pourquoi on ne pouvait pas sans plus ample informé entreprendre l'ablation de ce prolapsus.

Un nouvel examen dans la position dorsale, après dilatation aussi large que possible du vagin, montra au sillon de réflexion du vagin sur le prolapsus une ouverture en forme de fente, dont les dimensions pouvaient admettre un pois, et dans laquelle une grosse sonde pénétrait facilement. Avec le doigt introduit dans la vessie par la fistule on sentit l'utérus, de forme et de volume normaux. La courbure que prenait la sonde, la profondeur à laquelle elle pouvait pénétrer confirmaient cette découverte; donc la partie en question était bien l'orifice externe de l'utérus.

Voici les commémoratifs recueillis sur ce cas par le Dr Everth. La malade, jusque-là vigoureuse et bien portante, avait sans le secours de l'art mis au monde 9 enfants, tantôt en position céphalique, tantôt en position pelvienne. En juin 1869, 10e accouchement. Le travail marcha très lentement; la malade souffrait beaucoup et 12 heures après l'écoulement des eaux elle quitta sa maison dans un accès de désespoir pour aller se noyer. Son mari la retint à temps, mais, au dire de la sage-femme, attendit encore 24 heures avant d'envoyer chercher le Dr Everth, Celui-ci trouva l'enfant en 3e position

de la tête et put l'extraire avec le forceps sans peine, sans douleurs, et sans le secours du chloroforme. L'enfant, très fort, était en état de mort apparente; il succomba 12 heures plus tard.

Pendant que le médecin s'occupait à le faire revivre, la sage-femme introduisit la main pour détacher le placenta et attira au dehors des anses intestinales qu'elle prenait pour le délivre. En dehors du bout supérieur du rectum, une anse d'intestin grêle sortait arrachée, avec son mésentère fortement distendu.

On réduisit les intestins et on administra de fortes doses d'opium. Le lendemain la femme se leva pour laisser faire son lit; elle dut pour cela rester debout pendant un certain temps, et remonta ensuite dans son lit. Le placenta sortit alors tout seul, mais elle sentit également quelque chose qui sortait de la vulve. C'étaient les intestins qui s'étaient échappés de nouveau. Plusieurs essais de réduction restèrent sans résultat, l'intestin sortant toujours davantage; enfin il se mortifia et s'élimina, dit-on, dans l'étendue de plusieurs pieds.

Le prolapsus est donc constitué par des moignons des anses intestinales herniées et en grande partie détruites par la gangrène.

Ces anses sont épaissies par l'inflammation chronique et soudées entre elles; elles le sont également de la manière la plus intime avec les bords de la fente située dans le cul-de-sac vaginal postérieur et qui leur a donné passage.

Par suite de son exfoliation, chaque anse a dû laisser sur la tumeur deux ouvertures. Soumises à la pression constante de la paroi abdominale contre laquelle ne lutte aucun sphincter, les anses intestinales ont dû peu à peu se renverser au dehors avec leur muqueuse et se retourner, comme nous l'observons quelquefois dans la hernie avec gangrène et comme nous le voyons régulièrement dans ces vices de conformation dans lesquels une partie du canal intestinal vient s'ouvrir à la paroi abdominale antérieure (persistance du canal omphalo-mésentérique, fente vésico-génitale, exstrophie de la vessie).

On comprend ainsi comment la plus grande partie du prolapsus était recouverte d'une muqueuse veloutée qui n'est autre que la muqueuse intestinale elle-même, renversée et un peu dégénérée.

19 novembre 1869. La position normale de l'utérus avait été constatée, et, comme on pouvait affirmer que le prolapsus ne renfermait aucun organe important, on pouvait procéder à son ablation.

Le vagin ayant été protégé avec des compresses mouillées, le pro-

lapsus fut saisi avec des compresses mouillées, et retranché le plus près possible de sa racine avec un cautère rougi, en forme de coin, construit spécialement pour ce but. L'hémorrhagie fournie par plusieurs rameaux gros ou petits de la mésentérique supérieure fut arrêtée également par le fer rouge.

Cette opération n'amena aucune réaction.

Une coupe pratiquée dans la masse amputée montre au centre un amas de tissu graisseux séparé en lobules irréguliers par des traînées fibreuses fortes et renfermant des vaisseaux. A la partie antérieure de la coupe on voit que la surface veloutée présente une ligne d'épaisseur, et au-dessous d'elle une couche de 5 à 7 mill., séparée en petites sections très bien isolées par de fins tractus rayonnés de tissu conjonctif. Entre ces tractus fait saillie un tissu qui par sa couleur et son aspect rappelle exactement la pulpe d'un citron coupé. Enfin entre cette couche et la masse graisseuse centrale existe encore une couche de 3 millimètres d'épaisseur, formée de tissu fibreux dense.

Les coupes pratiquées sur le renflement piriforme inférieur offrent les mêmes caractères avec des variations sans importance.

L'examen microscopique montre que la couche superficielle veloutée est constituée par la muqueuse avec ses glandes. La couche rayonnée sous-jacente est composée de fibres musculaires considérablement hypertrophiées; la couche fibreuse plus profonde est le vestige de la séreuse, et la graisse centrale représente le mésentère dégénéré.

17 jours après l'opération, le 6 décembre, on examine de nouveau la malade. On pouvait s'attendre à trouver au fond du vagin les restes du prolapsus; mais il n'en était rien; le cul-de-sac était complètement dégagé et on voyait seulement près de l'orifice utérin l'anus vaginal sous forme d'une ouverture du diamètre d'une pièce de deux groschen. On pensait constater dans cette ouverture au moins deux segments de l'intestin, savoir le rectum, puis cette partie de l'intestin grêle sur le trajet ultérieur de laquelle on ne savait rien de précis, mais qui devait en tout cas répondre à son bout supérieur. Cependant l'anus vaginal se présentait comme une ouverture unique dans laquelle on ne pouvait reconnaître aucune séparation. La défécation se faisait par là tout comme auparavant; les selles ne s'étaient pas encore faites par la voie naturelle.

Comme le toucher constatait dans le rectum la présence de

scybales, on prescrivit tous les jours des lavements qui en amenèrent l'évacuation complète.

En janvier 1870 on essaya de fermer, avec des applications réitérées de fer rouge, l'anus vaginal qui était entouré d'un bel anneau cicatriciel; tant que l'eschare persistait, la défécation se faisait régulièrement et le vagin restait propre; mais dès que cette eschare tombait, une partie des matières passait encore par le vagin. L'anus anormal cependant se rétrécissait par la rétraction inodulaire, de façon qu'on pouvait seulement y introduire le bout du petit doigt.

En février, 8 mois après l'accouchement, les règles revinrent pour la première fois, accompagnées de sensations pénibles dans le ventre.

A la fin du même mois, à la suite de constipation, une selle solide sort par le vagin; presque rien ne sort plus par l'anus. Ainsi l'amélioration produite par le fer rouge avait complètement disparu.

M. Wilms se décide alors à fermer l'anus anormal par la suture. La fistule vésico-vaginale compliquait ainsi l'opération et soulevait la question de savoir dans quel ordre on devait procéder aux restaurations. Fermait-on d'abord la fistule vésicale? Les bords rapprochés étaient couverts par les matières fécales issues de l'anus vaginal. Commençait-on par l'occlusion de celui-ci? La plaie opératoire macérait continuellement dans l'urine suintant de la fistule vésico-vaginale. On écartait ces deux obstacles à la guérison en opérant les deux ouvertures en une seule séance. Pour ne pas être troublé par l'arrivée possible des règles, on attendit cinq semaines après la dernière menstruation; comme au bout de ce temps rien ne s'était montré, M. Wilms procéda à l'opération le 8 mars, après un dernier examen complet.

A la partie postérieure du vagin, à environ 1 cent 1/2 de l'orifice du col utérin, on voyait sur la ligne médiane l'anus vaginal infundibuliforme, du diamètre d'une pièce d'un kreutzer, entouré de bords granuleux, livides; l'orifice est en forme de fente transversale.

La portion vaginale du col utérin n'existe plus, encore bien moins les culs-de-sac antérieur et postérieur; la muqueuse interposée entre l'orifice utérin et l'anus vaginal est complètement normale et ne porte pas trace de cicatrice.

La paroi antérieure du vagin se termine en haut par un bord tranchant, arciforme, éloigné de 2 cent. de l'orifice utérin. L'espace com-

pris entre le bord et l'orifice correspond à la fistule vésico-vaginale à travers laquelle la muqueuse vésicale fait hernie.

On aviva d'abord très exactement et largement, en forme d'entonnoir, toute la circonférence de l'anus anormal.

L'avivement analogue de la fistule vésico-vaginale constitue le second acte de l'opération. On réunit les bords soigneusement affrontés et aussi rapprochés que possible de l'anus avec des sutures d'argent et des sutures de soie intercalées, de manière à former une ligne de réunion transversale. La fistule vésico-vaginale fut encore réunie également en travers par les fils d'argent et de soie, et après qu'on se fut assuré de l'occlusion complète de cette dernière fistule à l'aide d'une injection poussée dans la vessie, l'opération fut terminée.

Un peu de charpie fut placée dans le vagin, pour protéger les deux plaies situées en face l'une de l'autre contre l'action des fils d'argent coupés assez court.

On suivit le traitement usité dans les cas de fistule vésico-vaginale. La malade fut placée sur le dos avec les genoux fléchis reposant sur des coussins triangulaires, tenue constipée pendant huit jours d'abord, puis pendant quatorze jours, par l'usage exclusif d'aliments liquides. Un cathéter élastique fut placé dans la vessie pour donner continuellement issue à l'urine.

L'opération comme la précédente, ne détermina pas de réaction; mais, le jour suivant, la menstruation attendue en vain cinq semaines arriva avec des signes d'irritation péritonéale modérée ; quatre jours plus tard, des vents s'échappèrent par le vagin. Au vingtième jour, la fistule vésico-vaginale était complètement cicatrisée; mais la soudure des lèvres de l'anus avait en grande partie disparu ; il était seulement un peu rapetissé et formait encore un trou de la dimension d'un pois, entouré de tissus fongueux.

Jusqu'au commencement d'août, l'orifice se rétrécit jusqu'aux dimensions d'une lentille, mais s'arrêta là. Comme une grande quantité de matières fécales s'échappait par le vagin, M. Wilms, le 20 avril, répéta l'opération de la manière indiquée plus haut; seulement, comme la réunion transversale était difficile, on rapprocha cette fois la plaie longitudinalement.

Le lendemain, la malade se plaignit de sensations désagréables dans le ventre. Au deuxième jour, les règles survinrent, six semaines après la dernière menstruation, et comme celle-ci immédiatement après l'opération. Cela confirme une observation que nous avons

faite en mainte occasion, savoir que les opérations sanglantes dans le champ du vagin ou des parties génitales internes, sont de puissants emménagogues. Il nous est plusieurs fois arrivé d'attendre longtemps en vain les règles chez des malades devant subir ces opérations (fistules vésico-vaginales, uréthro-vaginales, déchirures anciennes du périnée); mais à peine l'opération exécutée, les règles survenaient le premier ou le second jour.

Déjà le lendemain de l'opération les vents s'échappaient par le vagin; le surlendemain et les jours suivants, les matières fécales y passaient à leur tour. Donc la guérison n'était pas encore obtenue cette fois.

Au commencement de mai, après l'ablation de toutes les sutures, on applique de nouveau le fer rouge, et plus tard la teinture de cantharides sur la plaie. Les selles ont lieu tous les jours par le vagin, car il ne passe à peu près rien par l'anus.

Le 7 mai, deux semaines et demie après l'opération, la cicatrice de la fistule vésico-vaginale ne paraît plus que comme une ligne sinueuse. L'orifice utérin est un peu érodé; l'anus vaginal est entouré d'un bord résistant, calleux, et laisse, lorsqu'on emploie une certaine force, nécessaire pour un examen exact, passer la pulpe de l'index dans le rectum. C'est en vain qu'on cherche à pénétrer dans le bout supérieur; dans toutes les tentatives, la pointe du doigt porte sur un bord assez épaissi, loin dans le rectum. Le doigt introduit dans l'anus ne peut atteindre la partie supérieure du rectum; on sentait la paroi rectale former un cul-de-sac qui n'avait d'issue qu'en haut et en avant, issue qui conduisait dans le vagin.

La Pentecôte approchait. La malade fut prise d'un désir insurmontable de revoir sa famille dont elle était séparée depuis huit mois; elle exigea sa sortie, malgré les représentations les plus pressantes. Elle partit le 14 mai, guérie de sa fistule vésico-vaginale, mais conservant son anus anormal.

La dernière exploration digitale avait eu ce bon résultat que la défécation avait repris sa voie naturelle, et qu'il ne passait plus qu'une petite quantité de matières par le vagin.

Six mois plus tard, la malade m'annonça que les selles passaient de nouveau en majeure partie par le vagin, mais qu'elle était en bonne santé et mangeait de bon appétit toutes sortes d'aliments. Il n'y avait pas eu de nouvelle invagination de l'intestin grêle par l'anus anormal.

Ce cas remarquable offre bien des points énigmatiques et obscurs. Comment se comportaient ici les différents segments de l'intestin, les uns par rapport aux autres ? Quelles parties fonctionnaient, quelles autres n'étaient plus au service de l'organisme? Il manquait certainement un long fragment de l'iléon qui s'était gangrené. On trouvait souvent dans le vagin des aliments demi-digérés et des matières fécales liquides ou même du chyme, qui venaient assurément du bout supérieur de l'intestin grêle; donc celui-ci s'ouvrait dans le vagin.

On ne doit pas s'étonner que les matières provenant du segment supérieur de l'iléon aient pu sortir par l'anus en traversant le rectum; car nous avons vu que l'intestin grêle et le rectum communiquaient ensemble dans l'anus vaginal. Mais qu'est devenu tout le gros intestin ? Est-il hors de service et revenu sur lui-même comme c'est la règle pour les parties de l'intestin qui ne fonctionnent plus? Contre cette supposition plaident d'abord la configuration tout à fait normale du ventre et l'issue abondante de fèces solides qui ne se forment que dans le côlon.

Ces matières dures sortaient en partie par l'anus normal, en partie par l'anus vaginal; venant du côlon et passant dans le rectum, elles indiquaient donc une communication entre ces deux régions de l'intestin. Mais comment le gros intestin peut-il produire des fèces ? Combien arrivent jusqu'à lui des aliments qui provenaient de l'intestin grêle ? Il devait ainsi sans aucun doute exister ici une communication entre le côlon et le segment supérieur de l'iléon, qui de son côté s'ouvrait dans l'anus vaginal.

Dire où et de quelle manière s'était établie [cette communication nous conduirait à des hypothèses inutiles. L'autopsie seule pourrait expliquer tout cela.

Nous rappellerons seulement que dans le cas de Jennings (obs. XXI) il existait une sorte de cloaque réunissant le bout supérieur de l'intestin grêle, le rectum, et le vagin; comme dans le cas actuel, les matières fécales sortaient par l'anus normal et par le vagin, et peut-être en était-il de même,

chez la malade de Bartels, au point de vue anatomo-pathologique.

*Section de l'éperon, puis avivement et suture de l'orifice anormal.* — On se rappelle que le malade de Weber-Heine avait un anus vaginal avec éperon. On fit, comme nous l'avons dit plus haut, la section de l'éperon, puis des cautérisations avec divers agents. Malgré cette section, la muqueuse de la paroi opposée à l'orifice vint s'appliquer sur celui-ci et l'obstrua si bien qu'un jour éclatèrent les phénomènes de la rétention stercorale. Il fallut repousser cette paroi avec une petite éponge montée sur un manche et, qu'on laissa en place quelque temps. Les cautérisations n'ayant produit que peu de résultats, Heine fit une nouvelle application d'entérotome sur l'éperon qui s'était reproduit, et, 13 mois après l'accident, essaya de fermer la fistule au moyen de la suture, après avivement infundibuliforme de tout le pourtour de l'orifice. Le neuvième jour, on enleva les fils. La plaie était réunie dans la plus grande partie de son étendue, mais à ses extrémités restaient deux fistulettes dont l'une se ferma plus tard spontanément et dont l'autre, située sur la ligne médiane, résista à plusieurs cautérisations. Au bout de quelques semaines on répéta l'opération; il y eut quelques phénomènes de péritonite et il resta encore une petite fistulette qui guérit enfin par les applications de teinture de cantharides.

Birkett a vu une lésion analogue, qui guérit par une opération plastique deux ans après l'accident, mais il ne donne que très peu de détails sur ce fait. (Voir obs. III).

### Observation XLII.

*Accouchement facile; tentative d'extraction du placenta; arrachement d'une anse intestinale de 2 pieds et demi par le médecin; anus vaginal; section de l'éperon avec l'entérotome; cautérisations répétées; suture après avivement; guérison.* (Heine. *Arch. für klin. Chir.*, t. XI, p. 494, 1869.)

E. E..., paysanne, 23 ans, de constitution délicate et de stature

élancée, avait toujours été faible sans avoir jamais été ni malade, ni alitée; sa mère était morte de phthisie et, depuis l'âge de 16 ans, elle était elle-même chlorotique et toussait de temps en temps, sans présenter toutefois de lésions pulmonaires évidentes. Mariée à 22 ans, elle devint bientôt enceinte et se porta assez bien pendant toute sa grossesse. Elle accoucha le 28 octobre 1866, à minuit et demi, sans moyen artificiel et après douze heures de travail, d'un garçon bien bâti, se présentant naturellement par la tête.

Le placenta ne sortant pas et la sage-femme trouvant que l'orifice du col s'était rétréci jusqu'au diamètre d'un florin, un médecin fut appelé; il constata le retrait de l'orifice utérin et chercha à extraire le placenta en exerçant des tractions sur le cordon qui se rompit. On donna du seigle ergoté et on attendit quelque temps. Pas d'hémorrhagie. Après une heure d'attente, on essaya l'extraction forcée du placenta. Pour cela, la main droite fut introduite dans les voies génitales et travailla dans la profondeur pendant que la main gauche, placée sur le ventre, déprimait la paroi abdominale. Pendant ces manipulations, la malade accusa tout à coup une douleur excessivement violente. Le médecin prétendit avoir senti dans sa main quelque chose qui ne paraissait pas être le placenta; il tira néanmoins la chose prise hors des parties génitales et s'aperçut avec effroi que c'était une anse intestinale. Complètement déconcerté, il laissa la malade livrée à son sort sans penser à employer un moyen quelconque pour y remédier.

Dans la matinée et la journée, il y eut deux vomisssements. A cinq heures, seize heures après la délivrance, le placenta se détacha spontanément avec les membranes de l'œuf.

Une heure plus tard la malade fut visitée par le Dr Winterwerber. L'expression tranquille du visage ne laissait pas soupçonner une lésion aussi grave du bas-ventre. Température élevée, pouls à 144. Ventre modérément gonflé et sensibilité à la pression dans la région hypogastrique, utérus contracté en globe. Entre les cuisses pendait verticalement une anse d'intestin grêle, qui descendait presque jusqu'au genou, et mesurait environ 2 pieds 1/2. L'intestin était tout à fait séparé de son mésentère, d'une couleur rouge sombre, avec des taches noires çà et là, rempli de gaz et de liquide. Le toucher vaginal révélait en haut et en arrière une saillie transversale derrière laquelle l'intestin paraissait sortir.

On prescrivit la glace et une potion avec un quart de grain d'acétate de morphine.

La nuit fut tranquille. Le lendemain 29 octobre, état général bon, pouls à 139 ; l'intestin ramassé en boule, ici noir, là grisâtre, exhale une odeur cadavérique.

30 octobre. Dans la nuit, douleur dans le bas-ventre; un vomissement. Température modérément élevée, pouls à 120; abdomen peu ballonné et peu sensible; intestin de couleur sale et infect. Mêmes prescriptions. Applications sur l'intestin d'une solution de permangate de potasse.

31 octobre. Rupture de l'intestin, d'où s'échappent en abondance des matières jaunâtres fluides. État général satisfaisant.

2 novembre. Le tronçon d'intestin se détache. Dès ce moment, les matières fécales en bouillie brunâtre s'écoulent continuellement par le vagin. La malade se plaint d'une faim incessante. A la fin du mois, elle put quitter son lit pendant quelques heures. Au commencement de décembre survinrent, autour des parties génitales externes et de l'anus, des excoriations très pénibles.

Le Dr Winterwerber constata alors par le toucher une ouverture dans le cul-de-sac postérieur du vagin, derrière la lèvre postérieure du col; il voulut l'examiner au spéculum, mais il ne put y parvenir à cause de l'obscurité de la chambre.

Il envoya donc la malade au professeur Otto Weber. C'est ainsi que j'eus l'occasion de voir ce cas, et, après la mort de ce chirurgien, de continuer le traitement et d'obtenir la guérison définitive.

La patiente entra à la clinique le 18 décembre 1866. Elle présentait un amaigrissement général; les traits du visage étaient abattus, les joues rouges, la dépression des forces considérable; odeur de putréfaction. Point de fièvre, appétit vif, langue nette; toutes les fonctions sont normales, sauf la défécation; nulle souffrance spontanée, sauf l'hyperesthésie au niveau des excoriations cutanées et muqueuses. Les parties génitales externes étaient d'un rouge vif, superficiellement excoriées et couvertes de matières fécales fluides, muqueuses, jaunes. Du vagin également rouge, excorié, tuméfié, très douloureux, et habituellement rempli de bouillie fécale, s'échappaient de temps en temps les fèces sans que la malade s'en aperçût. Rien ne sortait par l'anus, et les envies d'aller à la selle n'étaient jamais senties. Le toucher vaginal trouvait l'orifice du col, élargi par une déchirure latérale et facilement perméable à la pointe du

doigt. A la lèvre postérieure se présentait une tuméfaction évidente de la muqueuse. Pour l'examen direct on dut, à cause de l'étroitesse, du gonflement et de la sensibilité du vagin, introduire très doucement un petit spéculum qui fit découvrir très haut dans le fond de cette cavité, à droite de l'orifice utérin déchiré, deux ouvertures intestinales distinctes l'une de l'autre et s'ouvrant séparément dans le vagin. L'une était un plus haut et à gauche, plus rapprochée de la ligne médiane et de la vessie ; l'autre plus en arrière, s'approchant davantage du col utérin. La première donnait passage aux matières fécales, fluides et d'un brun jaune. La muqueuse intestinale formait bourrelet à chaque orifice.

Tout faisait supposer que l'ouverture répondait à l'intestin grêle : d'abord le récit du Dr Winterwerber, qui avait vu l'anse intestinale sortie, puis la nature des matières fécales, le siège de la perforation dans le cul-de-sac vaginal, qui n'est que très exceptionnellement en rapport avec le côlon, et enfin l'impossibilité pour cet intestin, en raison de la brièveté de ses attaches, de sortir de la cavité abdominale et de descendre jusqu'au genou.

Le col utérin était peu saillant et légèrement attiré vers la droite; son orifice était élargi transversalement, mais séparé des ouvertures intestinales par la cicatrisation partielle de sa déchirure. Un stylet introduit dans les trois pertuis se dirigeait à gauche dans celui qui livrait passage aux matières fécales, à droite et en haut dans celui qui siégeait au niveau du col utérin, et enfin parvenait jusqu'à la cavité utérine dans le troisième.

D'après les résultats d'examens répétés qui avaient d'ailleurs pour but d'obtenir une dilatation progressive du vagin, nous résolûmes d'essayer de métamorphoser l'anus contre nature en fistule stercorale, et nous crûmes devoir procéder d'après le plan qui depuis Dupuytren est adopté pour les anus contre nature extérieurs. Nous songeâmes seulement à faire pratiquer un entérotome modifié dont les branches parallèles, plus longues d'un pouce et demi environ que celles de l'entérotome ordinaire, étaient arquées sur le plat pour correspondre à la courbure du bassin.

Avant de procéder à son application, nous prescrivons pendant plusieurs jours des bains chauds prolongés, des injections réitérées pour nettoyer soigneusement les parties, et la friction des points excoriés de la peau avec une pommade au zinc et à la magnésie pour calmer les douleurs.

Le 22 décembre 1866, le prof. Weber introduisit l'entérotome dans les deux bouts intestinaux. La malade fut placée sur le dos, les jambes fléchies, le vagin ouvert par le spéculum à trois branches de Wutzer, ce qui rendit les deux orifices fistuleux très accessibles.

L'entérotome fut alors porté le long de la paroi postérieure du vagin, avec sa concavité dirigée en avant et ses branches écartées d'un pouce, et alors introduit avec précaution et parallèlement à la courbure du bassin dans les bouts de l'intestin, à une profondeur d'un pouce et demi environ.

On serra ensuite progressivement la vis de façon à comprimer l'éperon assez, mais toutefois pas trop fortement. Pendant ce temps, et pour s'assurer qu'on ne saisissait rien de trop, on fit exécuter à l'entérotome de petits mouvements de va-et-vient, on introduisit une sonde dans la vessie et on pratiqua le toucher par le rectum. La partie de l'instrument qui pendait hors de la vulve fut fixée par un cordon à un bandage de corps placé autour du bassin. Le vagin, autour de l'entérotome, fut rempli de charpie molle et, lorsque la malade fut reportée dans son lit, on plaça sous son siège un coussin de charpie.

Le soir, l'opérée n'accusa que des douleurs insignifiantes; point de fièvre. Un demi-grain de morphine fut prescrit. Le nuit fut calme; le lendemain matin, apyrexie; le pansement fut laissé en place.

Dans la journée on enleva la charpie légèrement souillée par les matières; la malade fut soigneusement nettoyée et on renouvela l'appareil.

24 décembre, troisième jour. Le ventre est un peu ballonné, mais non douloureux. Vers minuit, pour la première fois depuis l'accouchement, l'anus donna passage à une selle moulée assez abondante.

26 décembre. L'entérotome devenu lâche fut resserré, ce qui occasiona seulement une sensation légèrement douloureuse. Pansement de la manière habituelle.

Le 28 décembre, six jours après son application, l'entérotome devenu tout à fait lâche fut enlevé avec une certaine difficulté.

L'instrument avait en un petit point ulcéré la muqueuse vaginale. Un lavement donné ce jour-là provoqua au bout de quelque temps une selle copieuse composée de parties liquides et aussi de boules fécales.

29 décembre. La quantité des matières liquides qui s'écoule par le

vagin est moindre. Ce jour et le suivant, selle normale par l'anus dans le milieu de la nuit.

31 décembre et 1er janvier. Les selles ne sortent plus par la voie normale.

2 janvier. Douleurs violentes dans le bas-ventre, s'irradiant vers la cuisse; abdomen mou, mais très sensible en un point limité. Cataplasmes. Thé Saint-Germain. Deux lavements, dont le second est gardé ; le soir, morphine, à cause de la persistance des douleurs.

3. Température 39°4, pouls à 104; une petite selle pendant la nuit; douleurs un peu moindres; abdomen modérément tendu; l'examen au spéculum montre une ouverture intestinale unique, large, à droite et en arrière du col utérin, à travers laquelle s'engage en forme de coin la muqueuse de la paroi opposée de l'intestin, de manière à constituer une occlusion valvulaire du bout supérieur et par là une rétention stercorale. Ainsi s'expliquent suffisamment la fièvre, les douleurs de ventre et la cessation de l'écoulement par le vagin des matières fécales.

Pour remédier à cette procidence, on introduit dans l'ouverture un fragment d'éponge monté sur un manche, modérément volumineux; après quoi survint une selle. L'éponge fut laissée en place et fixée.

Le 4 janvier. Température du matin, 40°,5; pouls 148, ventre mou; du reste, même état général. Température du soir, 39°,2. Pouls 120; les selles ne se sont pas encore produites.

Le 5. Température, 39°,6, pouls 120 : on enlève l'éponge ; la paroi intestinale a peu de tendance à sortir ; sa muqueuse, comme celle du vagin, est d'un rouge intense ; l'ouverture iléo-vaginale s'est un peu rétrécie. Les lavements n'ayant encore, ni ce jour-là ni le suivant, amené d'évacuation par l'anus et seulement un peu de fèces par le vagin, on prescrit deux cuillerées d'huile de ricin. Il n'y eut pas encore de selles ce soir-là, mais la température tomba à 38 et le pouls à 112.

Le 6 au matin, évacuations abondantes par l'anus. Douleurs brûlantes dans le vagin enflammé, d'où s'écoule une petite quantité de matières fécales liquides.

Du 7 au 17, l'état de la malade reste sensiblement le même. Une selle normale a lieu tous les jours. La fièvre est, en général, minime, elle manque ordinairement le matin, et le soir atteint rarement 39°. La vaginite, qui s'était étendue aux lèvres vulvaires, reste la même.

Le 17. Le vagin se couvre de diphthérite et la température remonte

à 39°,3. Badigeonnage avec l'huile de térébenthine une fois par jour jusqu'au 27 janvier. Ce traitement fait disparaître l'enduit, sauf sur le pourtour de l'ouverture intestinale ; l'inflammation et la fièvre diminuent, le prolapsus de la muqueuse s'amoindrit ; selles tous les jours ou tous les deux jours par l'anus ; l'écoulement fécal par l'anus varie, mais le plus souvent est minime.

Dans le cours de février, nous essayâmes de favoriser le rétrécissement de l'ouverture vaginale par des agents irritants et astringents et enfin par la cautérisation avec le fer rouge, pour provoquer, s'il était possible, par ces moyens, l'occlusion complète. On employa dans ce but les attouchements des bords de l'orifice avec le nitrate d'argent en solution et en nature, la teinture de cantharides, la pommade au précipité rouge et l'onguent basilicon, enfin on appliqua trois fois le fer rouge. Il en résulta un retrait incontestable de l'ouverture qui arriva aux dimensions d'un florin, mais ne parut pas vouloir se resserrer davantage.

La malade fut le 7 mars envoyée chez elle ; on lui ordonna les soins de propreté et l'usage continu de la poudre de fer, qu'elle prenait déjà depuis quelque temps. On voulait abandonner temporairement les choses à la nature pour voir ce qu'elle pourrait faire de son côté. L'état général était devenu très satisfaisant. La nutrition, aussi bien que les forces, était rétablie ; la plus grande partie des fèces sortait par la voie normale, et la fièvre, qui n'avait pas encore tout à fait cessé, se montrait cependant très irrégulièrement. Néanmoins, on se demandait toujours s'il y aurait guérison spontanée complète de la fistule iléo-vaginale.

Six mois plus tard, le 23 septembre, la malade rentra à la clinique après avoir passé l'été et l'automne chez elle, dans son lit, et dans un état variable de santé.

Pendant ce temps, Weber était mort, et comme j'étais provisoirement chargé du service, le traitement de la malade me fut confié.

Les forces étaient à peu près les mêmes qu'au moment de sa sortie au printemps précédent ; l'amaigrissement n'avait pas fait de progrès et le visage était même plus frais et plus plein. La plus grande partie des matières fécales s'échappait encore par le vagin, dans la position debout, mais il en coulait beaucoup moins dans la position couchée.

Heine fit alors une nouvelle tentative. Il plaça encore une fois l'entérotome sur l'éperon pour le diviser plus haut. La fistule se

rétrécit encore jusqu'aux dimensions de la pointe du doigt et on essaya alors de la fermer par la suture.

Le 4 décembre 1867, avivement infundibuliforme de tout le pourtour fistuleux, depuis la ligne médiane jusque vers la lèvre postérieure du col utérin, avec un couteau lancéolé à large manche. Excision d'une bandelette large d'une ligne et demie, des muqueuses intestinale et vaginale. Après régularisation de la plaie dirigée transversalement, passage de 4 sutures entrant et sortant à environ 3 lignes du bord avivé, à l'aide d'une aiguille courbe coudée à angle droit et montée sur un manche. Aucune réaction notable. Ablation des sutures le 9e jour. La plaie était réunie dans la plus grande partie de son étendue, mais à ses extrémités restaient deux fistulettes, dont l'une se ferma plus tard spontanément et dont l'autre, sur la ligne médiane, résista à plusieurs cautérisations.

Le 31 janvier 1868, on répéta l'opération : avivement large qui, en avant, intéressait surtout la lèvre postérieure du col. Réunion, à l'aide de six sutures profondes et de trois superficielles, disposées transversalement et de façon que la lèvre postérieure soit renversée en arrière sur l'ouverture intestinale.

Légers phénomènes de péritonite. Guérison complète après qu'on eut obtenu avec la teinture de cantharides l'occlusion d'une petite fistulette restée à l'angle interne de la plaie. Sortie en mai.

La malade mourut chez elle, six mois plus tard, de tuberculose.

A l'autopsie, on trouva la continuité du canal intestinal complètement rétablie au point jadis occupé par l'anus contre nature. Aucune plicature de l'intestin, mais seulement une dilatation modérée de la partie inférieure de l'anse intestinale située jadis au-dessus de l'ouverture anormale. Du reste, aucune modification du calibre de l'iléon au-dessus ou au-dessous de l'ancienne fistule.

*Autopsie.* — Cadavre très maigre. Dès que l'abdomen est ouvert, on voit le côlon transverse descendre vers la symphyse en formant un V; on le retire, ainsi que l'épiploon, et l'on trouve le cæcum, le côlon descendant et l'S iliaque dans leur position normale. Entre eux les anses de l'intestin grêle modérément distendues par les gaz descendent dans la cavité de Douglas et la remplissent; en les suivant à partir du duodénum, on reconnaît à un travers de main de la valvule iléo-cæcale le point qui adhère.

Le bout supérieur de l'ancien anus contre nature descend de gauche presque perpendiculairement dans le cul-de-sac péritonéal,

derrière le fond de l'utérus, puis s'incline un peu à droite de celui-ci et derrière le ligament large droit pour atteindre enfin le toît de la voûte du vagin ; il est en ce point soudé au péritoine pariétal par un repli d'environ 2 lignes de large. L'autre bout intestinal, en formant avec le précédent un angle de 60° environ, s'élève de ce point, se porte à droite et se jette environ deux pouces et demi plus loin dans le cæcum à la manière ordinaire.

La paroi supérieure de l'anse ainsi attachée représentait le trajet d'un U. Rien n'aurait fait reconnaître qu'elle provenait des parois internes soudées des deux bouts de l'intestin ; car par la rétraction du mésentère après l'entérotomie le passage de l'un à l'autre bout était devenu insensible. En ouvrant l'anse adhérente par sa paroi supérieure, on arrivait dans une excavation infundibuliforme moyennement large et au fond de laquelle on reconnaissait une cicatrice linéaire solide. L'éperon formé par la paroi supérieure dans cette cavité n'existe plus ; au contraire, la face interne de celle-ci dans son point le plus profond présente une bride muqueuse en forme de pont dirigé d'avant en arrière, longue d'un pouce, grosse comme une plume d'oie et sous laquelle on peut passer une sonde de femme. Cette bride représente un vestige de l'ancienne cloison, une partie de la muqueuse roulée sur elle-même en forme de cordon, qui a pris naissance sans doute parce que la dent terminale mousse de la branche ondulée de l'entérotome a modifié la muqueuse dans toute son épaisseur, tandis qu'entre elle et la dent suivante, une portion de muqueuse n'a pas été divisée par suite d'une pression insuffisante : explication que confirme l'examen minutieux de l'instrument. Du reste, cette bride muqueuse est si exactement appliquée contre la paroi, qu'elle ne devait apporter aucun obstacle au cours des matières.

Le calibre au-dessus et au-dessous de la cavité susdite avait ses dimensions naturelles. La muqueuse était tout à fait normale.

Des tubercules miliaires du volume d'une tête d'épingle recouvraient toute la surface extérieure de l'iléon et de l'intestin grêle ; un peu moins nombreux sur le gros intestin, ils l'étaient peut-être davantage sur le mésentère ; ils formaient, en différents points, de petits foyers à l'état caséeux. Les plus gros, tout à fait espacés, inclus entre les deux feuillets du mésentère à un pouce et demi environ de la partie adhérente de l'intestin, offraient à la coupe une cavité du volume d'une noix, remplie de pus concret et caséeux. Beaucoup de granu-

lations grises sur le péritoine recouvrant le foie, qui avait subi la dégénérescence graisseuse.

Rate de petit volume, tissu ramolli, du reste normal.

Dans les reins et surtout dans le gauche, calices et bassinets dilatés. Muqueuse rouge et gonflée. Dans les calices, nombreuses concrétions jaunes, molles, friables, du volume d'une lentille ou d'un noyau de cerise, appliquées au sommet des pyramides atrophiées. Tubes urinifères droits élargis, remplis çà et là de sable jaune ; substance corticale un peu atrophiée.

Dans les lobes supérieurs des poumons, cavernes du volume d'une pomme de reinette, remplies de grumeaux caséeux et sillonnées de brides fibreuses ; dans tout le reste du parenchyme, cavernes plus petites et granulations miliaires en grand nombre.

Dans le petit bassin, le ligament large droit qui passait au devant de l'iléon soudé se terminait par un kyste ovarique de la grosseur d'une noix et rempli de sérosité ; le même ovaire offrait plusieurs autres kystes plus petits ; l'autre était sain ainsi que le ligament utérin. Paroi vésicale épaissie et muqueuse hyperhémiée.

En incisant le vagin, on voit à droite, au sommet du cul-de-sac postérieur, une cicatrice ondulée et très rétractée, longue d'environ 2 cent. 1/2, transversalement dirigée de droite à gauche et dans laquelle on ne découvre pas la moindre trace d'ouverture. Elle se prolongeait à gauche derrière la lèvre postérieure du col jusqu'à un petit orifice qui représentait l'entrée du canal utérin. En y introduisant un stylet et en incisant sur lui, on arrivait dans la cavité de la matrice. Celle-ci avait 10 centimètres de long, son tissu était ferme et dur. La portion vaginale semblait tout à fait manquer. Le fond du vagin formait une voûte régulière non interrompue sur laquelle on distinguait seulement l'orifice du canal cervical.

Les grosses artères et veines du bassin et de la cuisse ne renfermaient pas de caillots.

Ainsi dans ce cas l'anus vaginal, traité comme un anus contre nature consécutif à une hernie inguinale étranglée, finit par guérir comme aurait fait ce dernier.

En résumé, le traitement des fistules intestino-vaginales peut comprendre les moyens suivants, soit seuls, soit associés de différentes manières :

1° *Palliatifs:* injections vaginales et rectales, applications de topiques divers sur les ulcérations; tamponnement du vagin. — Dans quelques cas, probablement de fistules latérales de l'intestin, ces moyens ont suffi pour amener la guérison.

Occlusion de la vulve.

2° *Curatifs:* A. — Cautérisation actuelle ou potentielle;

B. — Opérations sanglantes:

a — *Préliminaires:*

I. Section de prolapsus intestinal.
II. Section et dilatation de rétrécissement vaginal.
III. Section d'éperon.
IV. Création d'une communication iléo-rectale.

b. — *Définitives :*

I. Suture bout à bout des deux tronçons d'intestin après gastrotomie.
II. Avivement du pourtour de la fistule, puis suture.

Aux fistules latérales conviennent les moyens palliatifs, et les cautérisations. — Aux anus vrais doivent être réservées les opérations sanglantes: occlusion de la vulve; suture de la fistule après avivement lorsque les deux bouts sont perméables; création préliminaire d'une large communication iléo-rectale lorsque le bout inférieur de l'intestin est oblitéré; et, dans des cas exceptionnels, ouverture du ventre, recherche des bouts de l'intestin, section de leurs adhérences et suture bout à bout.

Dans les cas de fistule d'origine cancéreuse, il ne saurait être évidemment question d'un traitement curatif. On se contentera de prescrire des lavages fréquemment répétés avec des liquides adoucissants, émollients et désinfectants : décoction de guimauve tiède, solution de permanganate de potasse ou d'acide phénique, des tamponnements renouvelés souvent, etc. Hufeland s'est contenté de rendre plus supportables les douleurs vives causées par l'écoulement du liquide fécal. Dans les autres cas, il n'est pas fait mention d'un traitement particulier à la communication accidentelle.

L'observation de Mac Keever, dans laquelle une grossesse a déterminé la guérison de la communication iléo-vaginale, permettrait jusqu'à un certain point de conseiller ce moyen en pareil cas. Il est certain que l'ascension de l'utérus dans la cavité abdominale doit entraîner avec cet organe l'anse intestinale ouverte dans le vagin, créer une sorte d'infundibulum, faire remonter l'éperon, en d'autres termes, attirer et par suite rétrécir l'orifice anormal, faciliter ainsi le passage des matières fécales du bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin. Ainsi peut s'expliquer la guérison dans le fait de Mac Keever.

Dans les cas de fistule iléo-utérine, l'influence de la grossesse sur la guérison serait encore plus puissante, car, indépendamment des changements de rapports que nous venons d'invoquer, il y aurait là une sorte de tamponnement de l'orifice par l'œuf. Mais la conception et la grossesse seraient-elles possibles en pareil cas? Nous avons cité un fait de Schenk, qui paraît plaider en faveur de cette manière de voir, mais il est malheureusement trop écourté pour qu'on en puisse tenir grand compte.

Maslieurat-Lagémard est le seul, croyons-nous, qui ait examiné sérieusement la question à ce point de vue, et il pense que le contact permanent des fèces avec la cavité utérine doit s'opposer à la fécondation. Cette opinion est parfaitement admissible.

Tous les auteurs, Maslieurat-Lagémard en particulier, ont émis l'opinion que les fistules intestino-utérines, étant inabordables, sont au-dessus des ressources de l'art. Ne serait-il pas rationnel cependant, étant donnée l'inflammation de l'utérus et par suite le degré plus ou moins prononcé d'hypertrophie qui accompagne cet état, d'agir sur l'hypertrophie utérine, et par suite sur l'orifice de la fistule, par l'administration de l'ergot de seigle et par la faradisation ? Ces moyens n'ont encore été ni conseillés ni employés et nous pensons qu'ils méritent d'attirer l'attention dans le traitement d'une affection contre laquelle le chirurgien est à peu près impuissant.

## CONCLUSIONS

1° Bien que les communications accidentelles de l'iléon et du côlon avec l'utérus ou le vagin ne soient pas décrites dans les ouvrages classiques, il en existe cependant un assez grand nombre dans la science pour qu'on doive leur consacrer un chapitre spécial.

2° Les 39 faits de ce genre que nous avons recueillis sont consécutifs : à des étranglements de l'intestin par une rupture de l'utérus ou du vagin (14 cas); à un phlegmon du petit bassin ayant fait adhérer ensemble l'intestin et le vagin ou l'utérus (18 cas); à un kyste fœtal extra-utérin ouvert à la fois dans l'intestin et dans le vagin (2 cas); à des cancers de l'utérus ayant envahi l'intestin grêle ou le côlon descendant (4 cas); un cas reste douteux (obs. XXIX).

3° Au point de vue anatomique, les affections que nous étudions se divisent en fistules simples et en anus proprement dits. Les unes, consécutives à l'accolement d'une anse intestinale contre l'utérus ou la paroi vaginale, par inflammation ou cancer, ou au pincement d'une partie de la circonférence de l'anse, n'ont fait qu'une ouverture limitée à la paroi de l'intestin; les autres, causés par l'étranglement d'une anse intestinale dans une rupture utérine ou vaginale, s'ouvrent par toute la circonférence de l'intestin.

4° Les symptômes sont différents dans les deux variétés. Pour les fistules, phénomènes d'irritation intestinale, issue des matières fécales par le vagin, mais, en même temps, continuation des selles par la voie normale; pour les anus, phénomènes d'étranglement interne, puis issue des matières fécales en totalité par le vagin.

5° Les différences se continuent dans la marche, la terminaison, le pronostic et le traitement. Les fistules se rétrécissent peu à peu, spontanément; alors les matières s'écoulent de moins en moins par le vagin et de plus en plus par l'anus normal, et la guérison se fait, dans la plupart des cas, d'elle-même

ou à la suite d'un traitement consistant en soins de propreté, injections vaginales et rectales, et quelques cautérisations. Les anus au contraire n'ont que peu de tendance à la guérison spontanée. et même après les traitements les plus variés et les mieux suivis, les opérations les plus habilement faites, on n'a pu obtenir, dans quelques cas, le rétablissement du cours des matières par la voie normale.

6° Le diagnostic est facile en général; il faut rechercher. :

*a*. Si la communication siège sur l'utérus ou le vagin.

*b*. Si elle intéresse le rectum ou une partie plus élevée de l'intestin.

*c*. Si le bout inférieur de l'intestin est perméable.

*d*. Si l'on a affaire à une fistule simple ou à un anus.

*e*. Si la lésion est ou non d'origine puerpérale, cancéreuse, etc.

Quelques erreurs ont été commises : ainsi on a pris l'orifice de l'anus anormal pour celui de col de l'utérus (Demarquay) et une fistule iléo-vaginale pour une fistule recto-vaginale (Radfort), etc.

7° Le pronostic est grave, en ce sens que les affections qui déterminent des communications accidentelles de l'intestin avec le vagin ou l'utérus entraînent souvent la mort par elles-mêmes ; mais les fistules une fois établies et les accidents primitifs calmés, l'état général s'améliore rapidement, et l'affection secondaire, quoique fort gênante, n'est cependant pas incompatible avec la vie.

8° Le traitement des fistules simples consiste en soins de propreté, injections, tamponnement du vagin, cautérisation de l'orifice avec les agents actuels ou potentiels. On pourrait ajouter, pour les fistules vaginales, la suture après avivement.

9° Dans le traitement des anus vaginaux, plusieurs cas sont à considérer. La fermeture de l'orifice n'est possible que s'il n'y a pas de prolapsus intestinal, ni d'éperon, et si le bout inférieur de l'intestin est perméable. Ce sont autant de conditions spéciales à remplir.

En cas de prolapsus, il faut en faire la section, et attendre

pour tenter la fermeture que les abords de l'anus accidentel se soient assez rapprochés de l'état normal pour assurer le libre cours des matières après l'occlusion de cet orifice.

En cas d'éperon, il faut en faire la section avec l'entérotome.

En cas d'oblitération du bout inférieur, il faut d'abord créer une large communication entre le bout supérieur de l'intestin et la cavité rectale.

Lorsque ces conditions sont remplies, alors seulement on procède à la suture de l'orifice anormal après avivement de ses bords.

On a tenté une fois sans succès, à titre de moyen palliatif, l'occlusion de la vulve par l'avivement et la suture.

On a encore proposé de faire la gastrotomie, d'aller à la recherche des deux tronçons de l'intestin, de les détacher de leurs adhérences au vagin, puis de les réunir bout à bout par la suture ; enfin de remettre dans l'abdomen l'anse reconstituée, et de fermer la plaie pariétale. Ce moyen n'a pas encore été mis à exécution.

10. Lorsqu'il existe une fistule vésico-vaginale en même temps qu'une fistule fécale, il paraît avantageux d'opérer les deux dans la même séance.

11. Les communications accidentelles de l'intestin grêle avec l'utérus ou le vagin, d'origine cancéreuse, ont une tendance à s'agrandir par suite des progrès de l'affection primitive. Elles surviennent le plus souvent à une période avancée de la maladie, annoncent, par conséquent, la mort à courte échéance, et on ne peut leur opposer qu'un traitement palliatif.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

**Tumeur fibro-cystique de l'utérus ; hystérotomie ; sutures multiples de l'utérus ; réduction du moignon dans l'abdomen ; guérison, par**

le Dr Terrillon. — L'auteur de cette note est partisan de la méthode qui consiste à réduire dans l'abdomen le pédicule formé par la partie de l'utérus qui reste après l'ablation des corps fibreux. C'est, du reste, la tendance actuelle. La fixation du pédicule en dehors a contre elle des inconvénients considérables, qui sont : le tiraillement du moignon utérin et des annexes, quand on a été obligé de sectionner près du col de l'organe ; la suppuration fatale d'une surface souvent considérable ; enfin un certain nombre de femmes meurent après l'opération avec des accidents nerveux qui semblent dus à la compression du moignon par le clamp ou le fil de fer constricteur.

La réduction du moignon met à l'abri de ces accidents, mais elle a d'autres inconvénients : le premier et le plus terrible est l'hémorrhagie interne qui se présente lorsque le tassement du tissu utérin laisse une certaine liberté aux vaisseaux de l'utérus et permet aux artères de redevenir perméables. Cet accident peut être mortel ; il est toujours grave. La présence d'une surface cruentée capable de donner une grande quantité de sérosité dans le péritoine en est un autre. Le drainage du cul-de-sac vaginal n'est pas toujours un moyen infaillible de remédier à la présence de ce liquide.

Schrœder semble avoir employé le moyen le plus simple et le plus efficace pour se mettre à l'abri de ces accidents. Son procédé consiste à couper, dans l'épaisseur du tissu utérin qui doit former le moignon, un coin de substance, de façon à constituer deux lèvres à bords tranchants qui puissent s'adosser et se réunir exactement. Le sommet du coin doit correspondre à la cavité du corps ou du col de l'utérus, suivant la hauteur à laquelle est pratiquée la section.

Lorsque les deux surfaces cruentées sont appliquées avec soin l'une contre l'autre, les bords sont réunis avec soin au moyen d'un nombre assez grand de sutures au catgut ou avec des fils de soie. Les points de suture doivent être très rapprochés et les fils doivent embrasser une assez grande épaisseur de tissu, de façon que le sang ne puisse suinter dans les intervalles.

Spencer Wells conseille de réunir exactement les lambeaux du péritoine, de façon que les surfaces de suture soient entièrement recouvertes, et qu'il ne puisse se faire aucune exsudation sanguine. Il est même utile de prolonger les sutures en dehors de l'utérus sur le lambeau du ligament large qui a dû être coupé ou dilacéré, dans le cas où le corps fibreux s'est infiltré entre les deux feuillets. La décortication de la tumeur ainsi soulevée entre ces deux feuillets laisse

après elle une surface anfractueuse, saignante, capable de donner une grande quantité de sérosité; aussi est-il bon de réduire le plus possible cette surface en réunissant ensemble les bords de l'ouverture péritonéale.

Toute cette partie de l'opération peut se faire sans perte de sang, si on a soin de placer à la partie inférieure du moignon, une ligature en fil de fer serrée au moyen du ligateur de Cintrat. On opère ainsi sur des tissus exsangues, absolument comme cela se pratique après l'application de la bande d'Esmark.

Quand les sutures sont placées, il suffit d'enlever le lien constricteur pour que le sang revienne dans toute l'étendue du moignon. On voit alors les deux parties qui viennent d'être suturées se gonfler, devenir turgides, et on peut alors juger d'une façon certaine si ces sutures sont suffisamment serrées pour empêcher toute hémorrhagie.

Un autre point délicat sur lequel il faut insister est le suivant : la pointe de l'incision cunéiforme se trouve au niveau de la cavité utérine; or, cette communication de la cavité de l'utérus ou de son col avec la plaie peut permettre, soit la sortie du sang de la surface sectionnée, soit l'introduction de germes contenus dans la cavité utérine ou vaginale. Aussi, pour se mettre à l'abri des accidents possibles, est-il utile de faire deux autres points de suture avec du catgut fin pour obturer cet orifice accidentel et empêcher toute communication entre la cavité de l'utérus d'une part et les surfaces opératoires d'autre part.

Observation. — Femme âgée de 44 ans, ayant eu 7 enfants, sans accidents de couches, dont la dernière remonte à 14 ans. Il y a cinq ans, à la suite d'une fausse couche, elle a été arrêtée pendant deux mois par des accidents douloureux dans l'abdomen, avec vomissements, léger ictère, fièvre. Les règles, irrégulières, sont venues le mois dernier. Pendant les époques, malaises et vomissements.

Il y a cinq ans, la malade sentit une tumeur dans l'abdomen et se plaignit aussi de douleurs dans les reins et la jambe droite. Les pieds ont été œdématiés, surtout du côté droit, ce qui n'existe plus aujourd'hui.

Depuis un an, la maladie a pris une marche plus rapide, et il y a des poussées et des oscillations dans l'accroissement de volume du ventre. L'appétit est conservé, les digestions sont bonnes; il y a quelques vomissements, mais bien plus rares qu'au début. La mic-

tion est un peu plus fréquente. Il n'y a pas de constipation. La malade n'est pas gênée. Ni toux, ni expectoration, ni amaigrissement sensible depuis le début de la maladie.

Le ventre présente un développement considérable, surtout en bas, et affecte la forme d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure. Il offre des vergetures, mais sans développement de circulation collatérale. La cicatrice ombilicale est déplissée. La distance de l'ombilic au pubis est de 16 centimètres; celle de l'ombilic à l'appendice xyphoïde de 30.

La palpation montre une masse résistante, les parois sont souples et on peut sentir une masse qui remplit la région hypogastrique, la zone ombilicale et les flancs. Il n'y a aucune bosselure. A la percussion, on trouve de la matité dans les flancs et sur la ligne médiane jusqu'à six travers de doigt de l'appendice xyphoïde. La position sur le côté ne modifie pas cette zone de matité. Au-dessus, on a de la sonorité intestinale. Il n'y a pas de fluctuation générale ou partielle. L'utérus, un peu élevé, est repoussé du côté droit. Il est vaguement mobile à tous les mouvements de la tumeur.

L'opération est faite le samedi 18 mars, dans mon service, à la Salpêtrière, avec le concours et les bons conseils de MM. Terrier et Monod.

Après une incision qui remonte à trois centimètres au-dessus de l'ombilic, on arrive sur une tumeur solide, remplissant toute la cavité abdominale et recouverte par une cage séreuse formée de plusieurs feuillets adossés, qu'on détache en les écartant de chaque côté, pour énucléer la tumeur et arriver à la base d'implantation.

Les adhérences sont très peu accentuées, sauf en deux points à droite; en ce point, on lie un pédicule vasculaire formé par le revêtement de la poche.

Un ligateur, placé au-dessous d'une broche, permet la section de la base d'implantation qui est constituée par le corps de l'utérus dont le fond est enlevé. La section est faite de façon à constituer deux lèvres qui peuvent s'adosser. On fait alors deux ordres de suture avec des fils de soie : quatre sur l'angle inférieur de la plaie, au niveau du point où elle communique avec la cavité utérine, dix sur le bord des lèvres supérieures, de façon à affronter les deux bords de la plaie.

Le ligateur étant enlevé, le sang revient abondamment dans le moignon, qui prend un aspect rouge foncé et turgide. L'absence d'hémorrhagie entre les sutures prouve que l'hémostase sera suffisante.

Comme le péritoine a été dilacéré par la décortication de la tumeur, des sutures multiples réunissent une partie des lambeaux, de façon à diminuer la plaie anfractueuse qui résultait de l'opération.

L'ovaire du côté droit présente trois petits kystes; il est enlevé après ligature du pédicule.

Le poids de la tumeur est de 10 kilos. L'examen a montré que c'était un fibro-myôme largement implanté sur le fond de l'utérus. Elle contenait dans son intérieur plusieurs cavités, plus ou moins profondes, remplies d'un liquide gélatineux noirâtre. Un de ces kystes, assez volumineux, venait affleurer la surface, de telle sorte qu'une ponction exploratrice pratiquée sur ce point, donnant issue à une certaine quantité de liquide gélatineux, eût pu donner lieu à une erreur de diagnostic et faire penser à un kyste multiloculaire.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Les sutures furent enlevées le 27 mars. Il n'y eut qu'une constipation opiniâtre, qui s'accentua vers le douzième jour d'une façon telle qu'on fut obligé d'administrer des purgatifs. La malade sortit du service complètement guérie, le 1er mai 1882.

M. Lucas-Championnière n'est pas d'avis de rejeter définitivement l'exposition du pédicule. Sur deux malades chez lesquelles il a eu l'occasion de pratiquer l'hystérectomie, l'une, dont le pédicule avait été laissé au dehors, a guéri; l'autre, dont le pédicule fut réduit, est morte épuisée par une diarrhée bilieuse incoercible.

D'ailleurs, on n'exécute pas toujours exactement le projet primitivement conçu. Si l'on a eu la possibilité de disséquer des lambeaux, on a un moignon qu'il faut bien suturer; et, dans un cas de ce genre, il a suivi la conduite de M. Terrillon. L'affrontement exact du péritoine n'est pas indispensable, et il vaut mieux laisser une surface sans péritoine que de tirailler les tissus.

La ligature hémostatique provisoire de la base des moignons ne lui semble pas indispensable; on peut la remplacer par des pinces hémostatiques qu'on place sur les vaisseaux à mesure qu'on les ouvre en sectionnant le pédicule.

L'opération de Porro, pour laquelle on a préconisé avec enthousiasme la réduction du pédicule comporte une contre-indication de plus: l'apparition des lochies.

En résumé, il faudrait une nombreuse série d'observations pour essayer d'obtenir une règle, et encore peut-on affirmer qu'il y aura

toujours des cas où le pédicule devra être maintenu quand même au dehors. On est moins libre d'agir en suivant une règle fixe que dans l'ovariotomie.

M. Polaillon doute aussi que la réduction du pédicule soit applicable à tous les cas, et, dans les cas où elle est appliquée, il pense qu'elle ne présente pas une sécurité suffisante contre l'hémorrhagie. De même la simple suture des bords de la plaie ne lui paraît pas suffisante pour oblitérer des artères d'une certaine importance. Il signale un cas de mort à la suite d'hémorrhagie née d'un déchirement du ligament large.

M. Horteloup a eu également un cas de mort dans de semblables conditions.

M. Sée croit que la tendance générale est de réduire le pédicule. Une suture continue du moignon pourrait seule mettre sûrement à l'abri d'une hémorrhagie consécutive. La ligature élastique lui semble préférable au constricteur de Cintrat, comme agent de constriction hémostatique.

M. Terrillon reprend que la réduction du pédicule semble la méthode préférable. La suture du moignon bien faite est suffisante pour empêcher les hémorrhagies consécutives. La ligature du pédicule par un tube en caoutchouc, qu'on abandonne dans la plaie, donne lieu à des accidents et à des abcès lors de l'élimination.

M. Pozzi a vu employer ce procédé par Hégar, de Fribourg, qui, depuis y a renoncé.

(*Séance du* 9 *mai* 1883.)

R. Chenet.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

**Grossesse extra-utérine.** — M. Mansell-Moulin présente les pièces provenant d'une grossesse extra-utérine. Le fœtus, d'environ 4 mois, était enfermé dans un sac limité en avant par la trompe et le ligament large, en haut et en arrière par les intestins. Il pense que primitivement la grossesse a dû être tubo-ovarienne. La malade est morte d'hémorrhagie interne. Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas c'est que la malade avait eu six semaines auparavant une hémorrhagie interne et une péritonite dont elle avait guéri ; en second lieu, c'est que les intestins étaient tellement adhérents au-dessus du kyste

que si on en avait tenté l'extirpation, il aurait été impossible de terminer l'opération.

M. Lawson-Tait dit que, dans un cas semblable, il faut enlever le fœtus et drainer le kyste. Sur 7 cas où il a tenu cette conduite, il compte 6 succès.

M. Heywood-Smith répond que l'état de la malade n'était pas favorable à une opération et que l'autopsie a bien montré que toute intervention aurait totalement échoué.

M. Braxton Hicks fait observer que le traitement préconisé par M Tait n'est pas nouveau ; d'un autre côté les observations qui ont été publiées montrent qu'il n'est ni aussi simple ni aussi inoffensif qu'il veut bien le dire.

M. Edis dit que l'opération est justifiée quand le diagnostic n'est pas douteux, mais toute la difficulté est d'arriver à un diagnostic certain. D'accord avec M. Tait, il conseille de faire une incision exploratrice quand des symptômes graves se manifestent.

M. Gervis pense que, dans des cas semblables, c'est l'état de la malade qui est un obstacle à l'opération bien plutôt que la présence d'adhérences.

**Dégénérescence kystique d'un fibrome utérin.** — M. Carter présente un fibrome utérin qui a subi la dégénérescence kystique. Cette tumeur partait du fond de l'utérus auquel elle était unie par un pédicule de 35 millimètres de long et de 12 millimètres de large. L'apport sanguin lui était fourni par des adhérences étendues. Elle pesait près de 4 livres et contenait 6 litres de liquide. La malade qui a subi l'opération est aujourd'hui bien portante.

**Kystes ovariens.** — M. Carter présente deux ovaires sur lesquels on voit un grand nombre de petits kystes. Ils avaient été refoulés en arrière de l'utérus et on les avait pris pour des fibromes utérins. La malade va bien.

**Fibromes sous-muqueux.** — M. Gervis présente 3 fibro-myômes qu'il a extrait de l'intérieur de l'utérus.

**Ischiopagus parasiticus.** — M. Chalmers présente un monstre de cette variété.

**Hydrosalpinx.** — M. Lawson Tait présente un hydrosalpinx provenant d'une malade chez qui on avait fait l'ovariotomie quatre ans auparavant.

**Pyosalpinx.** — M. Lawson Tait présente également un pyosalpinx

qu'il a enlevé, chez une femme mariée, tout récemment. Les symptômes se sont manifestés peu après le mariage et la cause en est due, selon lui, à une gonorrhée latente. Il pense qu'il doit y avoir à Londres des centaines de femmes atteintes de cette maladie et que l'opération qu'il vient de pratiquer devrait être faite bien plus souvent.

**Kyste parovarien suppuré.** — M. Lawson Tait présente encore un kyste parovarien suppuré qu'il a eu beaucoup de peine à énucléer.

M. Edis rappelle à l'attention de ses collègues le travail de Nœggerath sur la gonorrhée latente. Pour lui ces cas sont très fréquents et l'intervention chirurgicale est le seul moyen de salut.

M. Fancourt Barnes est d'avis que les résultats obtenus par M. Tait justifient pleinement les opérations que ce chirurgien vient de pratiquer.

**Grossesse extra-utérine simulant un de ces cas dits fausse grossesse.** — M. Rasch lit un travail sur ce sujet. La malade, âgée de 29 ans, avait cessé d'être réglée en mars 1882 Au mois d'octobre, elle se plaignit de douleurs abdominales et les mouvements fœtaux, qu'elle percevait depuis deux mois, cessèrent; en même temps il se faisait une légère hémorrhagie par le vagin. Puis on constata les symptômes d'une inflammation rénale et pulmonaire. Au mois de janvier, le vagin donnait issue à un écoulement sanieux, et, à la fin du mois, des os fœtaux sortirent par ce canal. A cette époque, on introduisit dans l'utérus une sonde jusqu'à une profondeur de 75 millimètres et en faisant des irrigations intra-utérines, on fit pénétrer près d'un litre de liquide sans qu'il s'en écoula au dehors. La malade mourut à la fin de février. A l'autopsie, on trouva le fœtus enfermé dans un kyste situé dans le bas-ventre, ayant les rapports les plus étroits avec les viscères pelviens et la paroi abdominale, communiquant avec l'S iliaque et l'utérus, dont les dimensions étaient normales. L'auteur fait remarquer combien ce cas se rapprochait de ceux désignés sous le nom de fausse grossesse. L'autopsie vint démontrer que l'extraction du fœtus par la laparotomie aurait été très facile et il regrette de ne pas l'avoir pratiquée.

M. Lawson Tait dit que l'on doit considérer comme une règle absolue d'ouvrir l'abdomen quand on se trouve en présence d'un cas douteux de nature non maligne.

M. Galabin a eu l'occasion d'observer un cas semblable à celui de M. Rasch, avec cette différence que le kyste ne s'ouvrait pas dans

l'intestin. On dilata le col et l'on put alors sentir avec le doigt l'orifice de communication du kyste qui se trouvait sur la convexité d'un utérus rétrofléchi, ce qui permit de faire le diagnostic.

**Etat de l'utérus dans l'éclampsie puerpérale.** — M. Braxton Hicks a remarqué que l'on ne s'était pas attaché à observer l'état de l'utérus gravide pendant une série d'attaques épileptiformes. On croit généralement qu'il participe à l'excitation générale du système musculaire. L'auteur rapporte alors deux cas où il a noté l'état de l'utérus. Dans tous les deux, en même temps qu'une convulsion, on constatait une contraction énergique et prolongée de l'utérus. Dans l'intervalle des convulsions, l'état de l'utérus était normal. Il lui est impossible d'établir une comparaison exacte entre la durée des convulsions et la contraction utérine. Il ne croit pas que la contraction utérine seule causât la convulsion, car dans les cas les plus graves de contraction tonique et clonique de l'utérus, il n'y eut pas de convulsion. Cependant dans ces cas l'excitabilité pouvait être augmentée. On a supposé que l'accroissement d'intensité dans les douleurs pourrait résulter d'une intoxication par l'acide carbonique, produite par les convulsions. Pour lui, cette opinion est inexacte, car les contractions utérines surviennent en même temps que les paroxysmes convulsifs et cessent avec eux. Ces contractions prolongées et énergiques, jointes à la présence en excès de l'acide carbonique dans le sang de la mère, sont une source de dangers pour le fœtus et par conséquent on doit l'extraire rapidement.

M. Robert Barnes ne croit pas que les convulsions soient la cause immédiate des contractions utérines. Les observations du Dr Hicks tendraient à faire revenir sur la règle qu'il s'est tracée de rejeter l'accouchement forcé qui lui a toujours donné de mauvais résultats. Avec le chloroforme et les procédés opératoires perfectionnés que l'on possède aujourd'hui, on peut faire l'extraction promptement et sans danger, mais il faut s'occuper avant tout de la mère.

M. Graily Hewitt pense que les troubles de la circulation abdominale et rénale causés par la pression de l'utérus gravide sur les veines rénales exercent une grande influence dans la production de l'éclampsie. Il s'est bien trouvé de modifier la position des femmes de façon à faire cesser cette compression.

M. Routh a obtenu d'excellents résultats dans l'éclampsie en faisant placer la malade sur le ventre et les genoux.

(*Séance du* 2 *mai* 1883.) Paul Rodet.

**Sarcome de l'ovaire.** — M. Galabin présente une tumeur de l'ovaire droit qui présente au microscope les caractères du sarcome.

**Antéflexion avec hypertrophie de l'utérus.** — M. Graily Hewitt présente un utérus atteint d'hypertrophie congestive générale, se trouvant en état d'antéflexion et coexistant avec un kyste de l'ovaire. La malade, âgée de 40 ans, était stérile. On ne voyait pas trace de fibrome. L'utérus hypertrophié remplissait presque le bassin, il avait contracté des adhérences de tous les côtés et était antéfléchi à angle très aigu ; il pesait 600 grammes. Sa cavité était dilatée juste au-dessus de l'angle de flexion. Il est probable que l'hypertrophie existait depuis longtemps, mettant obstacle à la circulation de l'utérus ainsi qu'à celle du bassin en général. L'auteur a souvent rencontré de ces cas, mais ce qui rend celui-ci particulièrement intéressant et presque unique, c'est le volume énorme que présente l'utérus.

M. Robert Barnes a souvent diagnostiqué des cas de cette nature et s'est très bien trouvé pour leur traitement d'injections iodées pendant plusieurs mois. L'iode arrête le développement du tissu hyperplasié et en provoque la résorption, ce qui, finalement, aboutit à la réduction de volume de l'utérus et amène la guérison complète. Dans un cas, il a observé des accidents d'iodisme, ce qui prouve bien que l'iode traverse la paroi utérine.

M. Gerris demande à M. Hewitt de lui indiquer quelles différences il trouve entre l'hypertrophie congestive et le développement myo-fibromateux, car à l'œil nu la pièce qu'il présente a tout à fait l'aspect d'un fibrome.

M. Lawson Tait dit que, s'il avait eu à traiter le cas, il l'aurait considéré comme un myôme utérin ordinaire. La présence de kystes ovariens est importante à noter, parce que si on les avait enlevés on aurait ainsi amené la guérison de la tumeur utérine.

M. Henry Bennett peut témoigner de la valeur de l'iode dans l'inflammation chronique du col, avec hypertrophie, s'étendant ou non au corps de l'utérus. Il applique des solutions iodées sur le canal cervical, mais ne les injecte pas dans l'intérieur de l'utérus. La cavité du col est séparée de celle du corps par un sphincter qui est fermé, à l'état normal. Si l'on franchit ce sphincter avec la canule d'une seringue, on s'expose à des acccidents de péritonite due au passage du liquide par les trompes.

**Adhérence d'un polype à la paroi vaginale.** — M. Patter présente un polype du volume d'un petit œuf de poule qui était fixé au corps

de l'utérus par un petit pédicule épais, et avait contracté des adhérences inséparables avec la paroi vaginale.

**Pyosalpinx.** — M. Lawson Tait présente des pièces de pyosalpinx provenant de deux malades. Chez l'une, la cause est restée inconnue et la maladie a duré quelques semaines. Chez l'autre, on observa une douleur continue, aggravée par la menstruation et les rapports sexuels, qui un beau jour avait obligé la malade à garder le lit. Ces symptômes se sont manifestés pendant dix ans. Les deux malades ont guéri.

M. Knowsley Thornton présente un double pyosalpinx dont l'une des trompes contenait un plein verre de pus, et qu'il a enlevé chez une fille âgée de 30 ans ; il a laissé les ovaires ; la malade va bien.

**Dégénérescence myxomateuse d'un fibrome utérin.** — M. Godson présente une tumeur qu'il a enlevée chez une malade âgée de 61 ans, dont la partie supérieure est fixée à la paroi utérine antérieure et dont la partie inférieure avait subi la dégénérescence myxomateuse. Il croit que cette sorte de dégénérescence est très rare.

**Gangrène de la vulve chez une femme adulte.** — M. Hermann communique une observation de gangrène siégeant sur les deux lèvres, le périnée, la marge de l'anus et la muqueuse de la partie inférieure du vagin et de l'urèthre, survenue chez une femme de 37 ans, sans cause connue, mais probablement comme conséquence d'une inflammation aiguë des parties L'auteur a rassemblé toutes les observations qu'il a pu rencontrer, ce qui lui a permis de distinguer quatre catégories : 1° gangrène survenant chez des malades atteintes d'affections aiguës ; 2° gangrène puerpérale épidémique qu'on n'observe que dans les hôpitaux, commençant par une eschare isolée, située à la face interne des lèvres ; 3° gangrène aiguë survenant indépendamment de la contagion avec inflammation aiguë des organes génitaux externes, plus superficielle que le cancer et ne s'étendant pas comme l'érysipèle ; 4° gangrène érysipélateuse gagnant le tissu cellulaire. L'auteur ne pense pas que l'on puisse établir entre ces différentes classes des distinctions entre le processus morbide ou même une différence tenant à la nature du siège de la lésion.

M. Cleveland est d'avis que dans le cas précédent la gangrène était le résultat du froid qui aura pu exercer son action nocive chez une femme mal vêtue d'habitude et de mauvaise constitution.

M. Fenton Jones croit que la gangrène pourrait résulter d'une ino-

culation septique, locale, produite par le frottement continu de linges sales.

M. MATTHEWS DUNCAN fait remarquer que la cellulite gangréneuse du scrotum qui s'observe chez l'homme a son analogue chez la femme. Il a vu un cas fatal de gangrène puerpérale de la vulve qui ressemblait tout à fait à la gangrène d'hôpital. Il a observé également un cas de gangrène du périnée à la suite d'un travail laborieux, et la gangrène des deux lèvres produite par la présence d'un fibrome volumineux.

M. HICKINGBOKAM en a observé deux cas : l'un chez une femme qui était couchée dans une chambre où se trouvait un malade atteint de fièvre scarlatine, l'autre chez une femme dont le mari était sujet aux érysipèles du cuir chevelu.

M. HERMANN fait remarquer que, dans son cas, la peau paraissait être le siège de la maladie plutôt que le tissu cellulaire

(*Séance de juin.*)

Paul RODET.

---

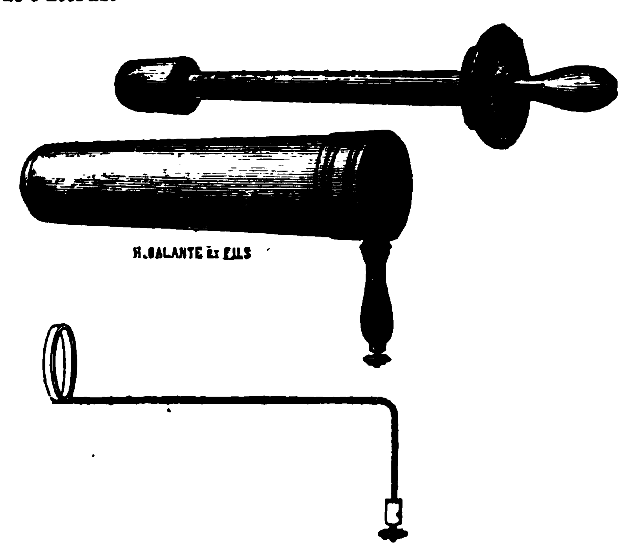
# VARIÉTÉS

**Spéculum pour électrisation utérine.** — M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ a présenté à l'Académie de médecine (Séance du 26 juin 1883), au nom de M. le Dr DRILER, un spéculum pour électrisation utérine.

Cet instrument, construit par Galante (fig. 1), est un spéculum ordinaire, plein, en buis (corps non conducteur de l'électricité), muni, à son sommet, d'un anneau métallique (fig. 2), relié par une tige conductrice qui est logée dans une rainure creusée sur la face intérieure du corps du spéculum, pour se terminer en passant à travers le manche par une borne, percée d'un trou, où l'on fixe, au moyen d'une vis à pression, un des pôles de la source d'électricité.

Ce spéculum a l'avantage, tout en servant à l'exploration de l'utérus et des parties profondes du vagin, de permettre au praticien d'électriser immédiatement la matrice, en laissant l'instrument en place sans être obligé d'introduire à nouveau un excitateur utérin ; car, d'une part, le col de l'utérus est embrassé dans tout son pour-

tour par l'anneau métallique, et, d'autre part, le courant sera établi en appliquant l'autre pôle sur la paroi abdominale correspondant au fond de l'utérus.




Les bons résultats obtenus par M. Driler, dans les différents cas où il a eu à employer ce spéculum, l'autorisent à assurer aux praticiens un succès certain dans bien des névroses utérines ayant pour origine, soit une lésion de nutrition, soit des irrégularités d'innervation.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

*Essai sur l'embryotomie dans les présentations du tronc*, par Lepierre. (Thèse de Paris.)

*Rétroversion utérine accompagnée de symptômes particuliers*, par W. Bain. (*British med. Journal*, 5 mai 1883, p. 860.)

*Des présentations du tronc*, par Porquet. (Thèse de Paris.)

*Le gérant :* A. Leblond

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur.
52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

# ANNALES
# DE GYNÉCOLOGIE

**Août 1883**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### DU PÉDICULE DANS L'OPÉRATION DE PORRO.

**TRAITEMENT INTRA-PÉRITONÉAL PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE ET L'INVERSION DU MOIGNON (1).**

**Par M. le Dr V. Chalot,**
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'opération primitive de Porro, qui a été simplement calquée, au point de vue technique, sur l'hystérectomie sus-vaginale de Péan pour fibro-myômes sessiles ou interstitiels, et dans laquelle le moignon cervico-utérin est fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale, a fait valoir contre l'opération césarienne ordinaire les trois principaux avantages suivants : 1° celui de réduire au minimum l'hémorrhagie primitive et de prévenir les hémorrhagies secondaires : 2° celui d'empêcher le passage des lochies dans la cavité péritonéale et, par suite, la possibilité de la péritonite septique, de la septicémie ; 3° celui

(1) Un résumé de ce mémoire a été présenté à la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, dans la séance du 24 avril 1883.

de maintenir au dehors l'exsudat inévitable de la surface de section utérine. Il en est bien un quatrième : la stérilisation de l'opérée, c'est-à-dire l'impossibilité d'une nouvelle grossesse et d'un nouveau péril ; mais, pour stériliser une femme, il n'est pas nécessaire d'amputer l'utérus et d'enlever les ovaires : il suffit de *lier fortement les deux trompes en respectant les ovaires*, et, de cette manière, on peut stériliser aussi bien avec l'opération césarienne ordinaire, l'hystérotomie, qu'avec l'ovaro-hystérectomie de Porro. La stérilisation ne serait donc pas un avantage qui puisse appartenir exclusivement à cette dernière et, à lui seul, légitimer son application dans un cas donné.

D'ailleurs, pour le moment, en publiant ce travail, je n'ai pas l'intention de rechercher si l'hystérotomie césarienne, convenablement modifiée, est ou non préférable à l'opération de Porro, si cette dernière doit être abandonnée ou ramenée dans des limites plus ou moins restreintes, il s'agit ici, de faire ressortir les dangers et les inconvénients du traitement extra-péritonéal et du traitement intra-péritonéal du pédicule, tels qu'ils ont été suivis jusqu'à ce jour dans l'opération de Porro ; il s'agit ensuite d'appeler l'attention des chirurgiens sur le perfectionnement nécessaire du traitement intra-péritonéal, et d'indiquer un procédé qui, d'après les données les plus positives, me paraît supérieur à tous ceux qui ont été publiés.

## I. — Traitement extra-péritonéal.

Dans l'immense majorité des ovaro-hystérectomies césariennes, que l'on connaît à l'heure présente, on a toujours traité le moignon utérin de manière à obtenir une hémostase aussi parfaite que possible, et à le maintenir fixé à la partie inférieure de la plaie abdominale. Les moyens d'hémostase ont varié en quelque sorte avec chaque opérateur : fil de fer recuit, fil de cuivre, cordonnet de soie phéniquée, cordonnet élastique, serrés directement ou avec l'aide du constricteur Cintrat, des serre-nœuds Maisonneuve ou Kœberlé ; chaîne

d'écraseur Chassaignac, etc. Les procédés d'hémostase ont varié aussi : tantôt on a fait la constriction en masse du pédicule ; tantôt, et plus souvent, on a divisé le pédicule en deux segments et pratiqué la constriction bilatérale, ce qui est plus rationnel et plus avantageux. Les vaisseaux, une fois oblitérés par simple apposition ou par écrasement de leurs parois, on a attiré le pédicule vers la partie la plus inférieure de la plaie abdominale ; et, pour l'y fixer, pour empêcher les parties du moignon vouées à la gangrène de tomber dans le péritoine, on a assujetti le moignon de diverses manières : tantôt par une seule broche placée en travers au-dessus de l'anse ou des anses de constriction hémostatique ; tantôt par deux broches disposées en croix; tantôt par des sutures en argent, de soie ou même de catgut ; tantôt par le clamp de Spencer Wells ou autres ; tantôt, enfin, en laissant sur place le constricteur Cintrat qu'on avait fixé à une cuisse. En outre, pour prévenir l'infection septique par le moignon aussi bien que pour arrêter l'hémorrahgie parenchymateuse, on a souvent touché le moignon soit avec une solution concentrée de chlorure de zinc ou de phénol, soit avec du perchlorure de fer, soit avec le thermocautère Paquelin ; ou bien on l'a pansé avec des matières antiseptiques ou styptiques. Dans plusieurs cas aussi, le drainage de la cavité abdominale a été joint au traitement externe du pédicule. Tels sont, en résumé, et d'une façon générale, les moyens et les procédés techniques qu'on a employés dans ce traitement, pour se mettre à l'abri de l'hemorrhagie, soit primitive, soit secondaire, et de la septicemie.

Si nous passons, maintenant, à la vérification des résultats obtenus dans l'opération de Porro par le traitement extrapéritonéal du pédicule, il faut reconnaître sans hésitation que ces résultats sont de beaucoup supérieurs à ceux qu'à donnés l'ancienne opération césarienne, même aidée de la méthode antiseptique. Aucune contestation ne me paraît légitime à cet égard. Tous le cas heureux d'opération de Porro ont été sans doute livrés à la publicité ; mais tous les cas malheureux, ou presque tous, l'ont été également, tandis qu'on n'en peut dire

autant de l'ancienne hystérotomie, et, de mon côté, je connais quelques opérations césariennes suivies de mort qui, pour une raison ou pour une autre, restent dans l'ombre. D'autre part, si nous nous renfermons dans l'appréciation exclusive de l'opération de Porro, il est facile de voir que le traitement extra-péritonéal n'a pas donné tout ce qu'on espérait de lui.

Sur 112 ovaro-hystérectomies césariennes, connues en ce moment, un peu plus de 100 se rapportent au traitement extra-péritonéal. Or, dans quelques cas, notamment dans ceux de Wasseige, de Haussner, et de Hubert, la mort a lieu par hémorrhagie primitive ; dans quelques autres, les opérées ont guéri, mais le moignon a été le siège d'hémorrhagies secondaires plus ou moins notables, plus ou moins fréquentes. Souvent les opérées ont succombé à une péritonite suppurée que l'on peut évidemment, dans plusieurs cas, rapporter à la suppuration et au tiraillement du pédicule ; plus souvent encore, elles sont mortes de péritonite septique ou de septicémie sans lésion péritonéale, tous accidents qui étaient dus, soit au retrait spontané ou à la rentrée brusque du pédicule, soit au processus nécrotique inévitable produit par la constriction. Ainsi le traitement extra-péritonéal n'a pas toujours été efficace contre l'hémorrhagie, bien moins encore contre l'infection septique, malgré l'emploi général de la méthode listérienne.

Sans doute, il y aurait de l'injustice, ou du moins un vice d'appréciation à exagérer l'objection tirée des faits d'hémorrhagie. Ces faits sont peu nombreux, très peu nombreux, surtout si on les compare aux cas d'ancienne hystérotomie, où les opérées sont manifestement et uniquement mortes par la perte du sang. Dautre part, en prenant certaines précautions, par exemple : en se servant du constricteur Wasseige à large bande d'acier, ou en poussant la constriction du pédicule avec le ligateur Cintrat seulement jusqu'à hémostase, ainsi que l'a recommandé l'illustre professeur Chiara (de Milan), on a toutes les chances possibles d'éviter l'hémorrhagie. Mais on n'est jamais sûr, avec un organe friable comme l'utérus gravide, de

s'arrêter juste à temps pour ne pas mâcher ou même couper les parois. Il peut y avoir là, au point de vue technique, une incertitude qui ne devrait pas exister dans une opération chirurgicale bien réglée. Somme toute, si le traitement extra-péritonéal n'avait pas d'autre inconvénient que l'éventualité, extrêmement rare, de l'hémorrhagie, on n'aurait aucune raison sérieuse de chercher à lui substituer un autre traitement.

La péritonite suppurée, la péritonite septique et la septicémie jouent, au contraire, un rôle trop considérable dans la mortalité pour qu'on puisse négliger ces accidents et envisager sans inquiétude le traitement extra-péritonéal du pédicule. C'est dans ce traitement lui-même qu'il faut souvent chercher la cause de la mort. Le péritoine, qui tapisse le muscle utérin, ne lui adhère que par un tissu conjonctif lâche. L'anse, ou les anses de constriction, la chaîne d'écraseur qu'on applique sur le pédicule, décollent le péritoine sur une étendue plus ou moins grande au-dessous de la zone de constriction ; les trabécules conjonctives et les vaisseaux sous-séreux sont déchirés, et il en peut résulter une suppuration sous-séreuse, puis séreuse du moignon, suppuration qui s'étend au reste du péritoine ; ce qui a été constaté dans quelques cas, où l'autopsie à été faite avec soin. Ailleurs, la péritonite ou la septicémie a eu pour point de départ une collection de pus située entre le moignon et l'angle inférieur de la plaie abdominale, de préférence lorsque l'incision de la ligne blanche a porté trop près de la symphyse pubienne et a mis à découvert cet espace si riche en tissu conjonctif, extrêmement lâche, qui existe entre la vessie et la symphyse au devant du cul-de-sac abdomino-vésical du péritoine. On a bien cherché à prévenir la formation de cette collection sus-pubienne, en attirant l'angle inférieur du péritoine abdominal, en le suturant avec la paroi abdominale et en juxtaposant aussi exactement que possible cet angle de péritoine au péritoine de la face inférieure du moignon. Mais cet angle se déchire facilement sous l'action de la suture et de la pression intra-abdominale ; le pus, ou les détritus putrides du moignon, tombent alors dans l'espace pré-

vésical et peuvent entraîner la suppuration, l'infection septique. — Dans d'autres cas, le pédicule est rentré brusquement et complètement dans la cavité abdominale, soit que la fixation à l'extérieur eût été insuffisante, soit que la constriction hémostatique eût divisé plus ou moins les parois utérines ; la péritonite septique et la septicémie ont été la conséquence de ce déplorable accident. — Dans une dernière catégorie de faits, la mort a eu lieu, soit par l'extension du processus inflammatoire d'élimination qui s'opère au niveau de la constriction, soit, surtout, par l'absorption des produits septiques abondants qui existent dans la masse nécrotique du moignon. Cette absorption est, en effet, singulièrement favorisée par ce fait si digne de réflexion, que le moignon cervico-utérin subit sa métamorphose régressive normale, qu'il est en voie d'involution rapide, et qu'il se rétracte vers la cavité pelvienne bien avant que les parties mortifiées soient entièrement détachées de la zone vivante du moignon. On peut même dire que c'est là le principal inconvénient, le principal danger du traitement extra-péritonéal du pédicule, danger qu'il est très difficile de conjurer, avec l'application même rigoureuse de la méthode antiseptique.

Aux cas de mort, sur lesquels je viens d'insister, comme imputables au traitement extra-péritonéal, il faut ajouter le tétanos (cas de Peyretti et de Parona) et cette sorte d'*ataxie nervo-cardiaque*, dont l'observation de Guichard (d'Angers) est un remarquable exemple, et qu'on avait déjà constatée dans l'hystérectomie sus-vaginale ordinaire par le procédé de Péan, ataxie caractérisée essentiellement par une discordance frappante entre le pouls, la température et la respiration. « Les femmes meurent, a dit Lucas-Championnière dans un rapport instructif à la Société de chirurgie de Paris, avec les phénomènes de dyspnée les plus singuliers, avec un affolement du pouls, tandis que la température se maintient presque normale ; d'autres avec des phénomènes convulsifs qu'on a quelquefois désignés comme tétanos. Quelquefois, la température monte brusquement à une hauteur extraordinaire, et tout cela

souvent sans grande douleur, et sans qu'à l'autopsie on trouve trace d'une altération. » Sans méconnaître l'influence du refroidissement de la cavité péritonéale en ce qui concerne le tétanos, on est autorisé à admettre que tétanos et ataxie nervo-cardiaque sont dus, la dernière surtout, à la constriction des plexus nerveux et des nerfs si développés, si excitables, qui entrent dans la constitution du moignon utérin, et qui répondent par une série de troubles réflexes. A ce point de vue, la ligature en masse est assurément redoutable, parce que son action, si énergique qu'elle soit (et on ne peut la pousser assez loin sans risquer de couper le muscle utérin et d'avoir une hémorrhagie sérieuse), ne suffit pas pour suspendre complètement la neurilité. Mais la ligature double du moignon divisé par transfixion en deux segments ne me paraît pas moins répréhensible pour le même motif.

Quant à la péritonite traumatique simple, au shock et à cet ensemble de phénomènes mal définis, qu'on appelle *épuisement nerveux*, il est impossible de prétendre qu'ils appartiennent en propre au traitement extra-péritonéal du pédicule : on peut les retrouver dans toute autre opération grave, plus ou moins prolongée, qui porte sur la cavité péritonéale.

Je terminerai cette analyse critique en faisant remarquer que, chez les opérées survivantes, le traitement extra-péritonéal nécessite toujours une surveillance attentive du moignon, des pansements répétés et minutieux. L'enclavement du moignon dans la plaie abdominale retarde plus ou moins la cicatrisation complète de cette dernière, et, quand le moignon, déjà retiré dans l'excavation, s'est dégagé de ses parties sphacélées, à la suite de la constriction, il reste au bas de la cicatrice abdominale un infundibulum granuleux et suppurant qui exige des soins spéciaux et une désinfection rigoureuse jusqu'à ce qu'il soit entièrement comblé.

En résumé, l'opération de Porro doit une certaine partie de sa mortalité au traitement extra-péritonéal du pédicule. Dans le cas de survie, ce traitement demande beaucoup de peine et une grande perte de temps.

## II. — Traitement intra-péritonéal

### *Observations et tableau statistique.*

Le traitement intra-péritonéal a été beaucoup moins employé que l'autre, précisément parce qu'on a craint de ne pouvoir se rendre maître de l'hémorrhagie qui accompagne l'ablation de l'utérus et des ovaires, et aussi parce qu'on a redouté la pértionite septique et la septicémie en laissant dans le péritoine un moignon dont une partie se gangrène à la suite de la ligature hémostatique, ou qui, par relâchement de cette ligature ou par insuffisance ou défaut de réunion, peut permettre aux lochies de s'engager dans la cavité péritonéale. Ces appréhensions sont-elles justifiées par les résultats qu'a donnés le traitement intra-péritonéal dans les cas peu nombreux où il a été mis en usage ? C'est ce que l'on va voir en parcourant les observations que j'ai recueillies ou en jetant un simple coup d'œil sur le tableau statistique de ces observations. Auparavant j'aurai soin de prévenir que, sous le nom d'opérations de Porro, je comprends toutes les ovaro-hystérectomies sus-vaginales qui ont porté sur l'utérus gravide, que le fœtus fût viable ou non : la technique et le pronostic opératoires sont les mêmes dans les deux cas.

*Observations*. — Litzmann (de Kiel) (1), le premier, a fait l'application raisonnée du traitement intra-péritonéal à l'opération de Porro. Il a abandonné le moignon dans la cavité abdominale après l'avoir suturé. Mais son opérée est morte. Les détails de l'observation me font défaut.

Le second cas appartient à Wasseige (de Liège) (2), qui avait déjà pratiqué deux opérations de Porro par le procédé ordinaire et qui se déclare partisan convaincu du traitement intra-péritonéal malgré l'insuccès qu'il a eu.

(1) Welpoucr. *Lo Sperimentale*, 1879.

(2) Wasseige. Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique, p. 231, 1880.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, qui avait remarqué depuis 1876 une tumeur dans le bas-ventre. En mars 1879, fausse couche de trois mois et demi. Accroissement rapide de la tumeur. Le 2 mars 1880, on constate une faiblesse notable, de l'amaigrissement, avec le décubitus dorsal presque impossible et la respiration gênée. Diagnostic: tumeur fibreuse sous-péritonéale insérée par un pédicule large à la région antéro-latérale gauche de l'utérus, et grossesse de quatre mois et demi environ. Quelques adhérences, suite de péritonite.

Opération le 18 mars 1880, dans une chambre chauffée à 25°, et avec toutes les précautions listériennes, y compris le spray phéniqué. Anesthésie chloroformique.

Cathétérisme de la vessie. Incision sur la ligne blanche depuis l'ombilic jusqu'à deux centimètres au-dessus du pubis. Après l'avoir étendue jusqu'au-dessus de l'ombilic, attraction de toute la masse au dehors. Ligature avec de la soie phéniquée et section d'adhérences qui se trouvent à la partie supérieure et à la partie postéro-latérale droite; une de ces adhérences renferme un vaisseau de la grosseur d'une plume d'oie environ.

L'utérus et la tumeur ayant été portés au-dessus du pubis, on introduit un linge imbibé d'eau phéniquée dans l'abdomen, pour empêcher la sortie des intestins et pour les protéger. On étreint alors le ligament large de chaque côté par deux fortes ligatures de soie phéniquée; puis on les sépare; hémostase complémentaire avec des pinces et des ligatures en soie. Ponction de l'utérus pour réduire la masse à enlever. Hémostase provisoire avec une chaîne d'écraseur à coulant appliqué au niveau de l'orifice interne du col; puis section des tissus d'arrière en avant, à deux centimètres au-dessus de la chaîne, sans perte de sang. On applique une forte ligature de soie phéniquée immédiatement au-dessous de la chaîne, puis les tissus débordant le pédicule ayant été enlevés de façon à le creuser légèrement en cône, on passe cinq sutures profondes en soie n° 3, d'arrière en avant, à travers le pédicule, et neuf points de sutures superficielles pour rapprocher les deux bords du moignon. On enlève la chaîne; pas d'écoulement de sang. Le pédicule bien nettoyé est abandonné sous l'abdomen. Toilette du péritoine. On appuie sur les deux côtés de l'abdomen pour en faire sortir l'air qui pourrait s'être introduit dans la cavité péritonéale, ce qui produit un écoulement assez considérable de sang, provenant du ligament large droit. On applique une pince en T, puis on jette en dessous de celle-ci une ligature de

soie. Plus d'hémorrhagie. Nouvelle toilette du péritoine. Réunion de la plaie abdominale par cinq points profonds et dix points superficiels de soie phéniquée. Pansement de Lister. En tout, vingt-six ligatures perdues.

Durée de l'opération : une heure et demie. Chloroforme employé. 180 grammes. Collapsus; injections hypodermiques d'éther sulfurique. Mort le sixième jour, dans le délire. Pas d'autopsie.

Wasseige ne peut s'expliquer la cause de la mort chez son opérée. Cependant d'après la lecture de l'observation dans le mémoire original, il me semble que la mort est imputable à une péritonite septique, peut-être avec hémorrhagie interne.

C'est en Amérique que le traitement intra-péritonéal a reçu sa troisième application. Voici l'observation du Dr Isaac E. Taylor (de New-York) (1) :

Femme de 27 ans, bipare; bonne constitution. Bassin cyphotique. Travail déjà commencé.

Opération le 7 avril 1880. Spray phéniqué et autres précautions antiseptiques rigoureuses. Incision sur la ligne blanche, dans une étendue de 13 centimètres. Division de l'utérus in situ, depuis le fond jusqu'à 3 cent. 8 de la vessie. Extraction d'un enfant vivant et placenta laissé en place. Pendant qu'un aide élève et attire l'utérus, hémostase provisoire avec une ficelle à ligne de pêche passée autour du corps de l'utérus.

Immédiatement, un fort fil de soie de Chine phéniquée est passé à deux cent. et demi au-dessous de la ligature précédente au moyen d'une forte aiguille courbe.

Hémostase parfaite en liant les ligaments larges et le pédicule avec la suture du savetier (cobbler's suture). Excision du corps de l'utérus et d'un ovaire. Ni sang ni liquide amniotique n'ont pénétré dans la cavité pelvienne, qui est parfaitement nette et sèche. La plaie abdominale est fermée avec de la soie phéniquée et pansée à la Lister. Durée de l'opération : une heure.

Tout va bien jusqu'au dix-septième jour, où une phlegmatia alba

(1) Isaac E. Taylor. *Amer. J. of the medic. sc.*, p. 115, july 1880.

dolens survient dans les membres inférieurs. Apyrexie; plaie abdominale complètement cicatrisée. Le vingt-sixième jour, l'opérée meurt rapidement d'une thrombose cardiaque, suite d'embolie, après s'être levée malgré la défense expresse du D[r] Taylor.

Pas d'autopsie.

Levis (1) a relaté la quatrième opération de Porro avec traitement intra-péritonéal, opération faite par G. Veit (de Roune).

Primipare de 22 ans, saine et robuste, entrée à la Clinique obstétricale le 9 septembre 1880; l'accouchement était attendu pour la fin du mois. Bassin plat rachitique; C. V. = 6 c. 1/2.

Opération le 18 septembre. Travail commencé dans la nuit. Spray phéniqué et autres précautions antiseptiques. Incision sur la ligne médiane, étendue depuis 4 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, et mesurant une longueur de 18 centimètres. L'utérus est attiré au dehors à travers la brèche abdominale, et un tube d'Esmarch serré autour du col. Incision de l'utérus, puis extraction de l'enfant, qui n'est que légèrement asphyxié, bien qu'une anse du cordon ait été comprise dans la constriction élastique, et qui se ranime promptement sous l'influence de quelques excitations cutanées; il pèse 3 kilogr. 0, 10, et mesure 49 centimètres.

Excision de l'utérus et des ovaires. L'hémostase définitive et la suture du pédicule sont faites suivant le procédé que C. Schröder communiqua au congrès de Cassel pour les myômes utérins (voir Schröder, Laparotomie bei Uterusmyomen, Arch. für Gynæk., Bd. XIII, s. 468) et qui lui avait donné cinq succès sur six opérations. Une hémorrhagie se produit entre les deux feuillets du ligament large gauche après le retrait du tube d'Ermarch, mais on l'arrête aussitôt avec une ligature profonde.

Le moignon, dont les deux feuillets péritonéaux sont disséqués et adossés par suture au-dessus de la surface de section, est abandonné dans la cavité péritonéale. Toilette de la cavité, puis fermeture de la plaie abdominale. Durée de l'opération : une heure et demie.

(1) Levis. *Beitrag zur Statistik der Kaiserschnittes mit Excision des Gebärmutterkörpers. Cent. f. Gynæk.*, n° 9, 1881.

Suites de l'opération simples. Le deuxième et dernier pansement est enlevé le quatorzième jour.

La première opération de Porro qui ait été pratiquée en Angleterre l'a été avec le traitement intra-péritonéal, par Alex. R Simpson (d'Edimbourg) (1). Voici l'observation :

**Femme rachitique de 24 ans, arrivée au terme de sa cinquième grossesse. C. diag. = 8 centimètres.**

**Opération faite le 21 février 1881, dès le début du travail. Anesthésie chloroformique. Spray phéniqué et autres précautions antiseptiques minutieuses. Incision de 14 centimètres sur la ligne blanche se terminant à 3 centimètres de la symphyse pubienne; forcipressure de nombreux vaisseaux qui s'ouvrent puis ouverture du péritoine. Ni les intestins ni le grand épiploon ne sont sortis pendant la durée de l'opération. Incision, avec le bistouri, de la face antérieure de l'utérus, sur une longueur de 13 centimètres, extraction d'un fœtus vivant, et écoulement des eaux, pendant qu'un aide maintient exactement les parois abdominales contre l'utérus et rejette peu à peu ce dernier au dehors. Perte de sang insignifiante.**

**Section du cordon ombilical, placenta laissé in situ. Une forte ficelle à fouet, désinfectée, est passée autour des ligaments larges et du col utérin, abaissée profondément et bien nouée. Un double fil de soie phéniquée est passé, avec une aiguille fixée sur manche, à travers le ligament large du côté gauche de l'isthme utérin; l'anse est divisée, et une de ses moitiés lie le ligament large et la trompe gauche en dehors de l'ovaire. Une semblable aiguille, armée d'un fil simple, est passée à travers le ligament au point correspondant du côté droit, et on lie le ligament et la trompe droite en dehors de l'ovaire. Le fil resté libre à gauche sert à lier l'isthme de l'utérus et les vaisseaux circonvoisins, de sorte que le pédicule consiste en trois parties : deux comprenant les artères ovariques et les plexus veineux de droite et de gauche, et une embrassant l'isthme de l'utérus et les artères utérines.**

**Amputation des ligaments larges et de l'utérus, ce dernier à un cent. et demi au-dessus de la ligature médiane. Section et enlèvement**

---

**(1) Alex. Russell Simpson.** ***On a case of cæsarean hystero-oophorectomy, Porro's operation, with remarks. Brit. med. J.,*** **11 et 18 juin 1881.**

de la ficelle à fouet. Moignon exsangue. Puis les ovaires sont enlevés; toute la surface de section est cautérisée avec le paquelin. Toilette de la cavité péritonéale qui contient un peu de sang. En épongeant le cul-de-sac de Douglas, on déplace la ligature de la face postérieure du moignon, d'où hémorrhagie; pour arrêter cette dernière, on passe une aiguille armée d'un double fil à travers le moignon, et on lie ce dernier en deux moitiés. Hémostase parfaite. Nouvelle cautérisation.

La plaie abdominale est fermée par huit sutures de soie et quatre de crins.

Durée totale de l'opération : 1 heure 52 minutes ; la ligature et l'amputation de l'utérus ont pris 1/2 heure.

Mort le 24 février, avec des symptômes de péritonite. A l'autopsie, quantité considérable d'un liquide séreux dans l'abdomen. La plaie abdominale a bon aspect et la réunion s'est faite sur toute sa longueur. Les intestins sont unis au pédicule par une lymphe récente. La ligature siège à 5 cent. 2 au-dessus de l'orifice externe de l'utérus.

Le professeur E. Pasquali (de Rome) (1) dans un cas d'opération de Porro pour rupture utérine a employé un procédé qui se rattache à la méthode intra-péritonéale par l'abandon du pédicule, mais qui s'en distingue par cette particularité que la plaie abdominale reste ouverte en bas et laisse passer les chefs des anses constrictives du moignon, sans compter le drainage. Ce procédé rappelle celui mieux conçu de Kleeberg (d'Odessa) dans l'hystérectomie sus-vaginale pour fibro-myôme ou sarcome du corps de l'utérus. Malgré son caractère mixte, il appartient plus spécialement à la méthode intra-péritonéale, et c'est pour cela que je consignerai ici l'observation de l'éminent accoucheur italien.

Femme de 39 ans, tripare. Grossesse à terme ; rupture de l'utérus à la suite d'une quantité considérable d'ergot de seigle qu'une sage-femme avait administrée pour hâter le travail. Fœtus passé dans la cavité péritonéale.

---

(1) Observ. rapportée par A. Bompiani. *Due ooforisterectomie cesaree. Ann. di ostetricia, ginecologia e pediatria*, vol. III, p. 599, 1881.

Opération le 14 mars 1881, huit heures environ après la rupture. Précautions listériennes. Anesthésie chloroformique. Incision sur la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'au pubis; issue de caillots noirs. Incision de l'utérus en dehors de la cavité péritonéale; extraction, par un pied, du fœtus déjà mort. Immédiatement après, issue de quelques anses intestinales et d'une partie de l'estomac Ces parties furent réduites et maintenues avec des linges trempés dans de l'eau phéniquée chaude.

En soulevant l'utérus, on vit une vaste plaie déchirée qui allait obliquement de gauche en arrière et en bas, comprenant une partie du segment inférieur, le col de l'utérus et le cul-de-sac vaginal postérieur du côté gauche. A travers la déchirure passait une portion des membranes qui se continuait avec le placenta: celui-ci, tombé dans le cul-de-sac rétro-utérin, fut enlevé.

Anse de fil de fer serrée autour de l'orifice interne de l'utérus, au-dessus des ovaires, avec le ligateur Cintrat; puis, pour plus de garantie hémostatique, transfixion, au-dessous de l'anse, avec une aiguille courbe pourvue d'un double cordon de soie, et ligature du pédicule en deux segments. Excision du corps de l'utérus.

Toilette très soignée du péritoine et des intestins. On abandonna le moignon dans la cavité abdominale en ramenant à l'extrémité inférieure de la plaie les chefs du fil de fer et les cordons de soie, et en mettant un tube à drainage de moyenne grosseur, qui plongeait dans la cavité pelvienne.

Réunion de la plaie abdominale avec des points profonds de soie phéniquée et avec une suture cutanée entortillée. Pansement de Lister. Durée de l'opération : 1 heure environ.

Mort 24 heures après de septicémie. Autopsie : cavité abdominale sèche et sans trace d'exsudat péritonéal. Mais à partir de l'extrémité inférieure de la plaie abdominale jusqu'au fond de la cavité pelvienne, tout autour du moignon cervico-utérin, spécialement en avant et en arrière, se trouvait un liquide ténu, noirâtre, très fétide. La déchirure utéro-vaginale s'étendait beaucoup plus bas que le niveau de la constriction avec les anses. La surface déchirée était noire, tuméfiée, infiltrée de sérosité putride.

Le dernier cas de traitement intra-péritonéal méthodique,

dans la vraie opération de Porro, est de date récente, il est dû à Kabierske jun. (de Breslau) (1).

**Femme rachitique de 32 ans. Sixième grossesse. Bassin plat asymétrique généralement rétréci. C. V. = 5 cent. 1/2 à 6 centimètres. Opération le 15 janvier 1883, dans le local fort exigu de la patiente. L'orifice utérin présente déjà une ouverture de 5 centimètres, et la poche des eaux fait saillie. Enfant vivant, en première position du sommet. Etat des forces satisfaisant. Précautions antiseptiques minutieuses ; anesthésie chloroformique ; cathétérisme de la vessie.**

Incision abdominale commencée à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic et s'étendant jusqu'à 4 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Hémostase, puis ouverture du péritoine dans l'étendue de l'incision cutanée. Attraction de l'utérus au dehors, après avoir dû agrandir en haut l'incision de plusieurs centimètres avec les ciseaux. Les intestins ne sont pas sortis, car on maintient la plaie abdominale fermée derrière l'utérus et couverte de serviettes phéniquées chaudes. Pendant qu'un aide élève perpendiculairement l'utérus et presse en haut la tête déviée, l'opérateur place un tube élastique aussi bas que possible autour du segment inférieur de l'utérus. Ce tube est noué plusieurs fois en arrière et en avant, sans être affermi d'une façon spéciale. L'opérateur ouvre le fond de l'utérus, tout en haut, avec un bistouri pointu ; il introduit un bistouri boutonné dans la plaie faite, d'où s'écoule une grande quantité de liquide amniotique et de sang ; puis il divise rapidement la paroi antérieure de l'utérus, ainsi que le placenta qui s'y trouve inséré. L'incision est si grande que l'enfant, un garçon au cri fort, est précipité hors de l'utérus, et tombe en quelque sorte sur le couteau de l'opérateur, se faisant deux petites blessures au bras et à la nuque. Section du cordon, suture de la plaie abdominale au-dessus de l'ombilic pour éviter l'issue des intestins.

Les ligaments larges sont cousus à droite et à gauche dans une double ligature à 7 centimètres au-dessus du tube élastique, et sectionnés ; par précaution, on lie encore isolément les artères spermatiques. Pour lier les artères utérines, on passe à 3 centimètres au-dessus du tube, avec une aiguille, des sutures profondes qui traversent les

(1) Kabierske j. *Eine Sectio cæsarea nach Porro mit intraperitonealer Stielversorgung. Centr. f. Gynæk.*, nos 18 et 19, 1883.

bords de l'utérus. Dissection du péritoine utérin en avant et en arrière à 7 centimètres au-dessus du tube pour avoir les moyens de faire une suture à plis (Falznaht). Excision en entonnoir du corps utérin avec le couteau et les ciseaux. Le moignon est écourté, la muqueuse excisée profondément, et l'on procède à la suture. Pas trace d'hémorrhagie. La suture est la partie de beaucoup la plus pénible et la plus longue de l'opération. Les surfaces de section de l'utérus sont inégales, œdémateuses; les lambeaux péritonéaux sont fortement rétractés. Leur reploiement prend beaucoup de temps. Il faut appliquer 20 sutures de soie phéniquée, le tout d'après le procédé de Sänger. Cautérisation du moignon des ligaments larges avec le paquelin.

La toilette du péritoine est vite faite, parce que la plaie abdominale n'a laissé s'épancher que peu de sang. Après qu'on a relâché le tube élastique, un peu de sang s'échappe du côté droit du moignon: on applique encore quelques fils hémostatiques avec une aiguille. On attend quelque temps, puis on ferme complètement la plaie abdominale. Pansement antiseptique. Durée de l'opération depuis le début de l'anesthésie jusqu'à la terminaison du pansement, un peu plus de deux heures. Bon état de l'opérée.

Le surlendemain, à la suite de refroidissement, pleurésie qui s'accompagne bientôt d'un épanchement. Par le vagin, sécrétions d'abord sanguinolentes, puis muco-purulentes; irrigation avec de l'eau salicylée.

Le 8e jour, plaie abdominale réunie par première intention. Manie puerpérale, avec des idées de persécution. Un mois après, l'opérée se lève pour la première fois, et bientôt elle reprend ses petites occupations de ménage. Peu à peu son état mental s'est rétabli presque complètement.

Aux vraies opérations de Porro qui précèdent j'ajouterai en seconde ligne deux cas d'hémi-amputation d'utérus double, où la corne gravide a été seule enlevée avec ses annexes. Dans ces cas, le danger est assurément moins considérable parce que la surface de section est bien moindre et qu'on intéresse moins de vaisseaux que dans l'amputation totale sus-vaginale. Mais au point de vue opératoire, on ne peut leur méconnaître une certaine analogie avec les cas précédents.

OBSERVATION I, de Salin (de Stockolm) (1).

Femme mariée de 23 ans, ayant les symptômes ordinaires de la grossesse, et portant une tumeur de l'abdomen ; elle était fébricitante, amaigrie. La tumeur s'étendait de la symphyse pubienne à l'appendice xiphoïde, remplissant l'hypochondre droit ; utérus de grandeur normale, mobile, antéfléchi. Diagnostic incertain ; néanmoins, on présumait une grossesse extra-utérine.

Opération le 17 juin 1880, avec une antisepsie rigoureuse. Température avant l'opération, 39° ; pouls, 120. Dès que le péritoine fut ouvert, on vit apparaître une tumeur ronde, rouge bleuâtre, ayant de légères adhérences avec la paroi abdominale. Ponction avec le trocart; point de liquide. Après le retrait du trocart, une partie fœtale se présenta ; on dilata l'ouverture et retira le fœtus, qui était mort depuis longtemps. La tumeur fut portée au devant de la plaie abdominale et parut être la moitié d'un utérus double, qui était en connexion avec l'autre moitié par un pédicule court et large. Le pédicule fut lié avec du catgut, et la tumeur excisée à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la ligature. Sur la surface de section qui était en forme d'écuelle on ne découvrit aucune communication avec le col utérin ou avec le vagin; sa face interne était recouverte d'une caduque qui fut enlevée complètement. La surface cruentée ainsi formée fut fermée par des points de catgut superficiels et profonds. Alors cessa l'hémorrhagie jusque-là notable. Pansement de Lister. Dans les quatre premiers jours, température entre 39° et 40° ; puis apyrexie. Le 14e jour l'opérée quittait le lit.

OBSERVATION II, de Sanger (de Leipzig) (2).

Femme de 21 ans, mère de 2 enfants. Le 2 octobre 1882, le Dr Sanger lui enleva la corne utérine gauche, qui renfermait un fœtus de sept mois mort depuis environ neuf semaines.

Il traita le moignon par son procédé de suture séro-séreuse, après avoir lié les ligaments larges et fait une cautérisation superficielle avec le paquelin ; puis appliqua autour du moignon une ligature élas-

(1) Salin. *Kaiserschnitt nach Porro. Uterus Duplex.* (*Hygiea*, n° 3, 1881, et *Centr. f. Gynæk.*, n° 9, 1881.

(2) Sanger. *Gesellschaft für Geb.* In Leipzig, Sitzung vom 24 okt. 1882.

tique et abandonna le tout dans la cavité péritonéale. Suites de l'opération sans réaction. Bientôt après la guérison, nouvelle conception dans la corne restée.

Quant à l'opération de Warren qui a enlevé par erreur tout l'utérus après avoir lié la partie supérieure du vagin ; quant à celle autrement scientifique de Spencer Wells, qui a extirpé tout l'utérus gravide et cancéreux, ce sont bien des opérations de Porro dans l'acception la plus large, des ovaro-hystérectomies césariennes totales; mais elles doivent être classées à part et ne peuvent rentrer dans aucune des deux méthodes de traitement du pédicule, puisqu'il n'y a point de pédicule à proprement parler.

*Tableau statistique.* — Avant de passer à l'examen critique aussi concis que possible des observations précédentes, je les résumerai dans le tableau suivant : le lecteur m'en saura peut-être gré.

(*Voyez le tableau, pages 100 et 101.*)

La première catégorie d'ovaro-hystérectomies césariennes comprend 7 cas, dont 5 morts. La mort a eu lieu deux fois par septicémie, une fois par péritonite probablement septique, une fois par thrombose cardiaque, au vingt-sixième jour de l'opération ; une fois (cas de Litzmann), par cause inconnue. Ces résultats ne sont certes pas meilleurs que ceux obtenus avec le traitement extra-péritonéal du pédicule, quand on se contente de jeter sur eux un coup d'œil superficiel. Mais pour peu qu'on les examine de près, on remarquera que l'insuccès ne peut être attribué au traitement intra-péritonéal lui-même dans le cas de Taylor ; ici, l'opérée était dans un état excellent et elle a succombé à une thrombose cardiaque, suite de phlegmatia alba dolens, accident que l'on voit trop souvent dans les suites de couches en dehors de tout traumatisme chirurgical. Il me paraît juste, par conséquent, de ne pas mettre le dénouement fatal sur le compte du traitement intra-péritonéal. — Le cas de Pasquali se rapporte à des circonstances

très fâcheuses au point de vue du résultat opératoire ; l'utérus était rompu depuis huit heures, le fœtus était passé en partie dans la cavité péritonéale, et le placenta lui-même était tombé dans le cul-de-sac de Douglas, toutes conditions éminemment propres à infecter le péritoine, soit par le sang, soit par le liquide amniotique avant l'intervention chirurgicale. En outre, il faut observer que la rupture s'étendait bien au-dessous de la constriction cervicale, jusque dans le vagin, ce qui rendait la septicémie inévitable par le passage des lochies et des détritus gangreneux qui recouvraient les surfaces de la déchirure. Il est à peu près certain que le traitement extra-péritonéal n'aurait pas mieux sauvé la patiente. — Dans les autres cas, au contraire (ceux de Wasseige et de Simpson), la mort est due incontestablement au traitement intra-péritonéal, qui, tel qu'il a été pratiqué, a provoqué le développement de la septicémie et de la péritonite ; ajoutons que, dans l'opération de Wasseige, la septicémie a pu être favorisée par la prostration consécutive à la perte de sang et à la grande quantité de chloroforme inhalée. Veit et Kabierski, seuls, ont obtenu des succès complets. Sans vouloir accorder à la technique une importance exagérée, parce qu'elle n'est pas tout dans le résultat d'une opération heureuse, j'estime que la réussite revient principalement au mode de traitement mieux combiné que ces deux chirurgiens ont mis en usage. En résumé, sur les 5 cas de mort que compte la première catégorie d'opérations de Porro, un est indépendant du traitement intra-péritonéal ; un autre ne lui est guère imputable parce que la septicémie avait des sources autrement considérables que le pédicule lui-même ; les autres lui appartiennent soit par insuffisance ou difficulté de l'hémostase définitive, soit surtout par la sécrétion infectante et la gangrène de la partie du moignon qui était au-dessus de la constriction hémostatique.

Dans la seconde catégorie d'ovaro-hystérectomies sont réunis deux cas seulement, et ce sont deux succès. Le résultat ne doit pas surprendre ; car, ainsi que j'en ai fait déjà la remarque, la surface traumatique est moins étendue que dans la véritable

| NUMÉROS par ordre chronologique | OPÉRATEURS | LIEU de l'opération. | DATE. | INDICATION. | MODE ET COMPLICATIONS du traitement du pédicule. | DURÉE de l'opération. | RÉSULTAT. Guérison. | RÉSULTAT. Mort. | CAUSE de la mort. | OBSERVATIONS particulières. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Litzmann. | Kiel. | 1879 | ? | Suture du moignon. | | | 1 | | |
| 2 | Wasseige. | Liège. | 18 mars 1880 | Fibro-myôme kystique volumineux. | Ligature avec la soie phéniquée, puis section des ligaments larges. Hémostase provisoire avec une chaîne d'écraseur à coulant; sect. des part. à 2 cent. au-dessus. — Hémostase définitive avec une forte ligature de soie phéniquée. Affrontement simple de la plaie utérine avec un double étage de sutures. — Hémorrhagie considérable provenant du ligament large droit; pince en T et ligature de soie. | 1 h. 1/2. | | 1 | Septicém. peut-être avec hémorrhagie int. ? | Chloroforme employé = 180 gr. Pas d'autopsie. |
| 3 | I.-E. Taylor. | New-York. | 7 avril 1880 | Bassin cyphotique. | Hémost. prov. avec une ficelle passée autour du corps de l'utérus. — Hémost. déf. en liant les ligaments larges et le pédicule avec la suture du savetier, puis excision du corps de l'utérus et d'un ovaire. | 1 heure. | | 1 | Thrombose cardiaque le 26e jour, suite de phlegmatia alba dolens. | Pas d'autopsie. |
| 4 | G. Veit. | Bonn. | 18 sept. 1880 | Bassin plat rachitique. C. V. = 6 cent. 1/2. | Hémost. prov. avec un tube d'Esmarch appliqué autour du col de l'utérus. — Hémost. déf. et suture du pédicule d'après le procédé de C. Schröder pour l'utérus myomateux. — L'enlèvement du tube élastique est suivi d'une hémorrhagie qui se produit dans le ligament large gauche et qu'on arrête avec une ligature profonde. | 1 h. 1/2. | 1 | | | |
| 5 | A.-R. Simpson | Edimbourg. | 21 février 1881 | Bassin rachitique. Conj. diag. = 8 cent. | Hémost. prov. avec une ficelle à fouet serrée autour du col de l'utérus. — Hémost. déf. avec 3 anses de soie phéniquée : une médiane comprenant le col et les autres les ligaments larges; puis amputation de l'utérus et des ovaires à 1 centimètre au-dessus. — On enlève la ficelle ; mais, pendant qu'on éponge le cul-de-sac de Douglas, on déplace l'anse médiane, et, pour arrêter l'hémorrhagie, on lie de nouveau le moignon en deux segments. | 1 h. 52. | | 1 | Péritonite septique ? | A l'autopsie, gr[illegible] quantité d'un liquide séreux dans l'abdomen. |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | mars 1881 | utérine. | fil de fer, puis, au-dessous de l'anse, avec double cordon de soie qui lie le moignon en deux segments. — Excision du corps de l'utérus. Les chefs du fil de fer et du cordon sont ramenés à l'extrémité inférieure de la plaie abdominale. Tube à drainage qui plonge dans la cavité pelvienne. | heure. | | | cémie. | partir de l'extrémité inférieure de la plaie abdominale jusqu'au fond de la cavité pelvienne, tout autour du moignon, liquide noirâtre, très fétide. — La déchirure s'étendait beaucoup plus bas que le niveau de la constriction. |
| 7 | Kabierske j. | Breslau. | 15 janv. 1883 | Bassin plat rachitique, C. V = 5 c. 1/2 à 6. | Hémost. prov. avant l'extraction de l'enfant, avec un tube élastique. — Hémost. déf. : double ligature des ligaments larges, qui sont ensuite coupés ; ligature isolée des artères spermatiques et des artères utérines. — Dissection étendue du péritoine utérin. Excision en entonnoir de l'utérus. Suture du moignon d'après le procédé de Sanger. — Hémorrhagie du côté droit du moignon après le relâchement du tube ; on l'arrête au moyen de sutures. | Un peu plus de 2 heures. | 1 | | | Pleurésie exsudative le 2e jour. Manie puerpérale. Un mois après l'opération, la malade quittait le lit. |
| | | | | | TOTAL.................. | | 2 | 5 | | |

**B. — Ovaro-hystérectomies sus-vaginales hémilatérales.**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Salin. | Stockolm. | 17 juin 1880 | Grossesse extra-utér. ? | (Une seule corne gravide). — Pédicule lié avec du catgut. Excision en entonnoir à 5 ou 6 centim. au-dessus. — On enlève toute la caduque, puis on suture le pédicule avec du catgut dans la profondeur et à la surface. Cessation de l'hémorrhagie, qui, jusqu'alors, était considérable. | | 1 | | | |
| 2 | Sanger. | Leipzick. | 2 octob. 1882 | | (Une seule corne gravide). — Ligature du ligament large correspondant ; cautérisation du moignon, puis suture séro-séreuse d'après le procédé de l'auteur. | | 1 | | | Bientôt après la guérison, conception dans la corne restée. |
| | | | | | TOTAL.................. | | 2 | | | |

opération de Porro ; on a moins de vaisseaux à oblitérer ; en outre, la caduque, source d'infection septique, peut être enlevée en totalité, comme Salin l'a fait dans une heureuse inspiration. Bien qu'il y ait eu guérison dans les deux cas, le traitement du pédicule est susceptible de modifications avantageuses auxquelles je consacrerai quelques lignes à la fin de ce mémoire.

## III. — Perfectionnement nécessaire du traitement intra-péritonéal.

On a vu précédemment que le traitement extra-péritonéal du pédicule a souvent donné des résultats peu satisfaisants et qu'en dehors de sa mortalité, il offre plusieurs inconvénients. En principe, il est inférieur au traitement intra-péritonéal. Mais d'un autre côté, tel qu'il a été pratiqué jusqu'à présent, celui-ci n'offre des garanties guère meilleures, parce que sa technique est défectueuse, mal réglée. Il importe, par conséquent, de réaliser sa supériorité théorique, en écartant les deux principaux dangers qu'on lui attribue : *l'hémorrhagie et la septicémie*. Il importe de rechercher avec quelles modifications on peut le mettre sur le même pied que le traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'ovariotomie, traitement auquel on donne de plus en plus la préférence à cause de ses succès croissants. Si l'on arrive à maîtriser facilement l'hémorrhagie, à supprimer le mieux possible les chances de septicémie par le moignon, le traitement extra-péritonéal n'aura plus sa raison d'être, ou du moins restera d'une application assez restreinte, comme son analogue en ovariotomie.

L'hémostase est le premier point essentiel du traitement intra-péritonéal. Il s'agit non seulement d'obtenir l'oblitération définitive des vaisseaux, pour n'avoir pas d'hémorrhagie avec collapsus ou de péritonite consécutive à cette hémorrhagie, mais encore de ménager le sang le plus possible pendant la durée de l'acte opératoire et des mutilations qui forment le caractère même de l'opération. Le premier procédé

d'hémostase préventive qui se présente naturellement à l'esprit consiste à étreindre l'utérus et les ligaments larges, immédiatement au-dessus du repli vésico-utérin du péritoine, après avoir vidé la vessie, en maintenant à demeure un cathéter qui serve de guide. C'est dans ce but que Wasseige s'est servi d'une chaîne d'écraseur à coulant; Taylor, d'une ficelle à ligne de pêche; Simpson, d'une ficelle à fouet; Veit et Kabierski, d'un tube élastique. Mais il y a une précaution essentielle à prendre : c'est d'employer un moyen de constriction souple, assez large, uniforme et constant dans son action, qui ne coupe pas ou ne meurtrisse pas les tissus, et qui assure convenablement l'hémostase. Sous tous ces rapports, aucun moyen ne vaut le tube élastique, et c'est à lui qu'il faut donner la préférence, d'autant mieux qu'on l'a toujours à sa disposition et qu'il dispense d'une complication instrumentale.

L'ischémie une fois faite, on passe à l'excision de l'utérus et des ovaires, excision horizontale ou excavée en entonnoir au choix de chaque opérateur; et, s'il y a lieu, on arrête toute perte de sang avec des pinces hémostatiques et des ligatures perdues en soie phéniquée. Puis, on s'occupe de l'hémostase définitive laquelle ne doit pas permettre le moindre écoulement de sang, après qu'on aura enlevé l'anse de constriction. C'est de cette manière qu'ont procédé Wasseige et Veit. Après avoir déjà lié chaque ligament large avec de la soie phéniquée et l'avoir coupé en dedans de la ligature, Wasseige a serré en masse le col avec une forte ligature phéniquée, puis il a affronté les lèvres de la plaie taillées en biseau avec une double série de sutures profondes et superficielles. Veit a fait la ligature isolée des artères spermatiques et utérines, ce qui est beaucoup plus rationnel et beaucoup plus avantageux, mais ce qui est beaucoup plus difficile à réaliser promptement et sans incertitude, spécialement pour les artères utérines, les plus importantes de toutes; puis il a suturé le moignon d'après le procédé aujourd'hui bien connu de C. Schröder.

Taylor, Simpson et Kabierski ont suivi une conduite contraire : ils n'ont excisé l'utérus et les ovaires qu'après avoir

fait l'hémostase définitive, le premier avec la suture du savetier, le deuxième en serrant les deux ligaments larges et le col avec trois (et ensuite par nécessité), avec quatre anses de soie phéniquée, et le troisième en liant les ligaments larges, puis embrassant dans des ligatures isolées les artères spermatiques et utérines.

Mais tous ces procédés d'hémostase définitive, à l'exception de ceux employés par Veit et Kabierske, qu'il y ait eu ou non suture du moignon, sont entachés d'un vice capital : tous exposent à la péritonite suppurée ou septique, à la septicémie, parce que les parties libres qui dépassent la zone de la constriction sont fatalement vouées à la désorganisation, au sphacèle ; et, par suite, au point de vue du sort ou, si l'on veut, du processus cicatriciel du pédicule, il n'y a aucune comparaison à établir entre le moignon de l'utérus et le pédicule qu'on abandonne, après l'avoir lié, dans l'ovariotomie. Ceux-ci n'ont de commun que le fait général du traitement intra-péritonéal.

Quant au procédé de Pasquali, pour la même raison, il est encore plus répréhensible, puisque la vitalité du moignon était plus largement sacrifiée par deux zones de constriction : une anse de fil de fer, et, au-dessous, deux anses de soie. — La cautérisation additionnelle du moignon avec le paquelin, avec le chlorure de zinc, le perchlorure de fer, l'acide phénique, ne saurait être considérée comme une garantie suffisante contre l'infection septique.

Ajoutons que ces procédés offrent le danger d'une hémorrhagie secondaire, parce que les ligatures fixes (soie, fils métalliques) ne peuvent avoir une action soutenue et suivre le retrait rapide de l'utérus en régression. Ils ont, enfin, un inconvénient qui a été reproché au traitement extra-péritonéal : celui d'exposer à des phénomènes nerveux graves et même mortels par la constriction des nerfs et des plexus nerveux de l'appareil utéro-ovarien.

Les procédés de Veit-Schröder et de Kabierske-Sanger sont certainement supérieurs à tous les autres : en liant isolément

les artères au lieu de faire des ligatures en masse, on permet au moignon de conserver dans toute son étendue une vitalité suffisante, et, en suturant par adossement au-dessus du parenchyme utérin, les feuillets du péritoine, préalablement disséqués, on se met dans les conditions d'une réunion primitive qui protège la cavité péritonéale contre l'infection soit de la part de l'exsudat de la section utérine, soit de la part de l'écoulement lochial. L'hémostase et l'asepsie sont ainsi assurées quand ces procédés ont pu être appliqués rigoureusement. Par malheur, la ligature isolée des artères n'est pas encore une opération réglée comme l'esprit de la chirurgie l'exige ; on peut évidemment réussir, et l'on a réussi, avec de la patience et de l'habileté ; mais, même en ayant les notions anatomiques requises, on n'est pas sûr, chez le vivant, de faire l'hémostase désirée du premier coup ; on peut être obligé de perdre beaucoup de temps à compléter l'hémostase, ce qui n'est indifférent ni pour le chirurgien ni surtout pour l'opérée. Si la mise en pratique du traitement intra-péritonéal était subordonnée à la ligature isolée des artères, il est certain que ce traitement continuerait à être peu goûté de la plupart des praticiens, et, je crois, avec raison. D'autre part, la confection du moignon, avant et pendant la suture, est une partie délicate, longue, laborieuse, de l'opération ; d'où il résulte que la patiente reste beaucoup trop sous l'influence du traumatisme. Enfin, il n'est pas impossible que les lambeaux péritonéaux soient déchirés par les sutures au moyen des contractions qui accompagnent l'involution utérine, et que, par suite, du pus et des lochies pénètrent dans la cavité péritonéale. Il faut également prévoir la formation de petites collections séro-purulentes entre les deux étages de sutures. En résumé, malgré leurs avantages incontestables, les procédés précédents ne sont pas faits pour vulgariser le traitement intra-péritonéal : ils sont trop longs et trop difficiles à exécuter.

La discussion relative au meilleur mode de traitement intra-péritonéal est, par conséquent, tout ouverte. Elle peut être si

féconde en heureux résultats, qu'il faut l'aborder résolûment en se rendant compte de tous les desiderata. En ce qui me concerne, j'ai consulté les faits, j'ai essayé de voir les lacunes, et, après avoir étudié la question sous toutes ses faces, je suis arrivé à la conception d'un procédé dont le succès pratique me paraît certain et qui, tout en assurant l'hémostase, maintient au dehors les tissus et les liquides susceptibles d'irriter et d'infecter la cavité péritonéale.

Mais, avant de le décrire et d'en faire ressortir les avantages, et afin que le lecteur ait sous les yeux tous les documents, peu nombreux du reste, qui existent à ma connaissance sur la question du traitement intra-péritonéal, je rappellerai la modification qu'un chirurgien distingué de Rome, A. Bompiani (1), a apporté à l'opération de Porro, mais que j'estime peu heureuse.

**Procédé de A. Bompiani.** — L'utérus une fois retiré du ventre et vidé du fœtus, on applique au-dessous des ovaires le constricteur Cintrat, et on le serre jusqu'à l'ischémie complète du pédicule. Un aide, placé à droite de l'opérée, tire l'utérus en haut et en avant; un autre placé à gauche comprime énergiquement les parois abdominales contre le col de l'utérus, en les déprimant le plus possible. L'opérateur, placé entre les jambes de l'opérée ou à sa gauche, prend de la main droite le grand couteau semi-lunaire que Bompiani a fait pratiquer et dont il donne une figure dans son mémoire : cet instrument, qu'il nomme *ago-coltello*, est pointu à son extrémité, tranchant d'un côté dans son milieu, et porte vers le milieu de la lame un trou ovale. L'opérateur l'engage le plus bas possible au-dessus du constricteur, latéralement s'il n'y a pas de déchirure ou suivant la direction de la déchirure s'il y en a une, de gauche à droite, par rapport à l'opérée et vice versa par rapport à l'opérateur. Il pousse l'aiguille-couteau horizontalement jusqu'à ce que la lame soit sortie au point diamétralement opposé sur la périphérie du moignon. Puis, abaissant le manche, il fait décrire un quart de cercle à la lame dont le trou arrive au centre de l'épaisseur du pédicule utérin. On s'en assure en regar-

(1) A. Bompiani. *Proposta di modificazione al processo del Porro.* (*Ann. di ostetricia*, vol. III, p. 612, 1881.)

dant les numéros qui sont inscrits sur la lame à droite et à gauche du trou... A travers le trou, perpendiculairement au couteau, l'opérateur engage une aiguille de matelassier courbe, longue de 18 centimètres, qui porte une anse d'un fort cordon de soie long de 1 mètre. Dès que le milieu de l'anse est arrivé dans l'intérieur du cône cervical, on la coupe près du chas de l'aiguille qui l'a entraînée. Ainsi le moignon se trouve traversé par deux liens. L'opérateur engage le couteau jusqu'au manche, de façon que le trou vient sortir du côté droit de l'opérée avec deux anses de cordon primitif; et les chefs attirés constituent les deux liens de droite : il retire l'autre anse du côté gauche, et la coupe quand le trou de la lame a dépassé le pédicule; ainsi, l'on a les deux liens de gauche. Les quatre liens sont fortement serrés, pendant que le doigt les pousse le plus possible. Les liens une fois noués, on ne retire pas simplement le couteau; mais avec des mouvements de va-et-vient en le relevant, on lui fait sectionner transversalement le moignon cervical en deux moitiés, l'une antérieure et l'autre postérieure, jusqu'à la hauteur du constricteur. Puis, avec le même couteau, on traverse le moignon d'avant en arrière par la voie qu'a tracée déjà l'aiguille du matelassier, et, par des mouvements ascendants de va-et-vient, on divise les deux moitiés du moignon. De là, quatre pédicules. Tous les fils de quatres pédicules sont engagés dans le vagin et tirés en bas avec la main droite, pendant que, de la main gauche, du côté de l'abdomen, avec une douce pression, on aide au renversement des quatres segments du col.

*Toilette du péritoine.* — Fixation d'un drain à l'extrémité inférieure de la plaie abdominale; le drain devra passer *dans le vagin* et sortir par la vulve.

Le premier reproche que l'on peut adresser à ce procédé, c'est de rendre nécessaire un instrument spécial, l'*aiguille-couteau*, fort ingénieux sans doute, mais qui complique l'appareil instrumental et dont la vulgarisation est douteuse. Son maniement me paraît difficile, et je présume que ce n'est pas sans tâtonnements qu'on arriverait à passer le cordon constricteur à travers son trou central. Au reste, ce n'est point là le côté le plus fâcheux du procédé. Observons, en effet, que, pour le passage du cordon constricteur et pour la taille des lambeaux, il faut, à un moment donné, traverser le moignon

dans le sens transversal, c'est-à-dire traverser les artères utérines ou leurs branches collatérales. ainsi que les grosses veines satellites ; il en résultera nécessairement une hémorrhagie plus ou moins considérable, d'autant plus que, contrairement à la pratique ordinaire, l'hémostase provisoire faite avec le ligateur Cintrat porte non au-dessous, mais audessus de la zone de transfixion. Observons aussi que les quatre pédicules obtenus par la double transfixion et serrés à leur base avec autant d'anses, n'auront aucune utilité pour la cicatrisation du moignon, parce qu'ils seront éliminés par gangrène. De plus, en se mortifiant, ils augmentent les chances d'infection du péritoine et seront une source abondante de septicémie. Le drainage et les irrigations antiseptiques ne donnent pas toujours une sécurité suffisante ; il faut bien se garder de leur accorder une confiance que ne justifient ni la puissance ni l'étendue de leur action. Sans insister davantage, je dirai pour toutes ces raisons que le procédé de Bompiani, très séduisant au premier abord, offre beaucoup de dangers sans aucun avantage. Quant au procédé que Padden Notsag (1) a proposé plus récemment et qui consiste à étreindre le col en masse au-dessous de l'épaulement d'une canule-drain placée à demeure dans le canal cervical, il me paraît peu sûr contre l'hémorrhagie, et il a, en outre, l'inconvénient capital d'exposer à la septicémie par la gangrène de la partie du moignon qui surmonte la ligature et qui reste dans la cavité péritonéale. Il est, par conséquent, tout à fait inapplicable à l'opération de Porro, sans compter qu'ici, le canal cervical et les parois à étreindre sont autrement considérables que dans l'utérus non gravide.

## IV. — Procédé de l'auteur.

Pour résoudre la question du traitement intra-péritonéal et le faire accepter sans hésitation dans la pratique courante, il

(1) J. Padden Notsag. *New procen for ligature and drainnge in oblation of the uterus through the cervix.* (*Americ. J. of obstetr.*, p. 880, janv. 1882.)

s'agit d'avoir un procédé : 1° qui permette l'hémostase facile et complète; 2° qui empêche la pénétration des lochies dans la cavité péritonéale, évite la gangrène du moignon et assure sa réunion primitive; 3° qui prenne le moins de temps possible; 4° qui puisse être exécuté facilement et en tous lieux, avec les instruments ordinaires.

J'ai cru répondre à toutes ces conditions par le procédé suivant, lequel est fondé essentiellement sur l'emploi de la ligature élastique aux deux angles du moignon seulement, et sur l'inversion du moignon avec adossement et suture des faces péritonéales, sans dissection préalable de ces derniers.

1° Après avoir vidé la vessie, incision couche par couche sur la ligne médiane de l'abdomen, longue de 18 à 20 centimètres, dépassant en haut l'ombilic de 5 centimètres.

Cette incision doit être assez longue pour rendre facile la manœuvre qui consiste à attirer l'utérus en masse au devant de l'abdomen. Elle doit être assez éloignée de la symphyse pubienne pour diminuer les chances d'une hernie consécutive, et pour éviter la mise à nu de cette cavité prévésicale dont le tissu conjonctif est si lâche, si inflammable, si facile à suppurer. La réunion primitive totale de la plaie abdominale n'est que mieux assurée par cette petite précaution.

2° Attraction de l'utérus en dehors de la plaie abdominale (méthode de Müller), avec les mains, en le faisant passer de champ par son diamètre transversal, pendant qu'un aide comprime les lèvres de la plaie abdominale contre l'utérus et favorise par un retrait graduel l'énucléation de cet organe.

Au moment ou l'utérus est sorti, peuvent survenir des vomissements ou seulement des hoquets, des envies de vomir, phénomènes qui tiennent soit à la déplétion brusque de l'abdomen, soit à une irritation réflexe produite par le tiraillement des insertions du col et par des plexus nerveux utéro-ovariens. Il importe de s'attendre à cette éventualité, afin d'empêcher la prostration des anses intestinales; et, si celles-ci sortent, il faut les réduire avec une flanelle chaude phéniquée ou salicylée.

3° Ouverture de la paroi de l'utérus, au milieu, vers le fond, avec un bistouri pointu; puis introduction de la branche mousse d'une forte paire de ciseaux par cette ouverture et division longitudinale et médiane de la paroi dans l'étendue de 14 centim. A la partie inférieure de la section longitudinale, on en pratique une autre perpendiculaire et en biseau, de 5 centimètres; d'où la forme d'un T renversé.

Si l'on est bien outillé, on peut obtenir un certain degré d'hémostase en divisant la paroi avec un couteau du cautère Paquelin maintenu au rouge sombre; mais il faut plus de temps qu'avec le bistouri et les ciseaux, à moins de l'employer à blanc, et alors la perte de sang n'est nullement diminuée.

En même temps que le liquide amniotique, le sang coule en abondance, surtout si le placenta s'est rencontré sur le trait de la section. L'aide qui maintient les lèvres de la plaie abdominale doit veiller à ce que le sang ni les eaux ne pénètrent dans la cavité abdominale.

4° Extraction de l'enfant par la tête ou par les pieds, suivant la présentation; puis, pendant qu'un aide, avec ses deux mains, comprime provisoirement la partie inférieure du corps de l'utérus, l'opérateur coupe le cordon ombilical entre deux ligatures. Le placenta est laissé dans l'utérus, à moins qu'il ne soit détaché ou qu'il ne siège dans la région cervicale.

Quand on le peut, il vaut mieux ne pas décoller le placenta : on gagne du temps et l'on perd moins de sang.

5° Application d'un tube élastique, long de 45 à 50 centimètres, et gros comme le petit doigt, préalablement désinfecté. Pendant que l'utérus est élevé en avant, on embrasse avec ce tube le col de l'utérus, le plus bas possible, au-dessous de la section transversale; on tend fortement les deux chefs, en les croisant, et on les fait arrêter contre l'utérus par un double nœud fait avec de la ficelle à fouet, également désinfectée. L'hémostase provisoire est ainsi convenablement assurée.

6° Excision en entonnoir de l'utérus, des ligaments ronds et des ligaments larges, immédiatement au-dessous les ovaires,

avec un petit couteau à amputation, en prolongeant sur les côtés et en arrière la section transversale déjà existante.

7° *Hémostase définitive.* — Un cordon de caoutchouc, large de 3 millimètres et long de 40 centimètres, désinfecté, est passé avec une forte aiguille d'emballeur ou, si on l'a, avec une aiguille fixée sur manche, comme celle de Péan, à 1 centimètre en dedans de l'angle gauche du manchon utérin, à 1 centimètre au dessous de la surface de section, à travers la paroi postérieure de l'utérus, de la cavité utérine vers la face péritonéale postérieure. On le conduit en demi-cercle autour de l'angle du manchon, de façon à embrasser les trois artères *utérine, tubo-ovarienne* et *funiculaire*. Puis on enfonce l'aiguille à travers la paroi antérieure de l'utérus, dans un point correspondant à celui de la première transfixion, mais alors de la face péritonéale antérieure vers la cavité utérine : les deux chefs du cordon sont ainsi libres du côté de cette cavité. Le chirurgien les tend au maximum de la main gauche, tandis qu'il fait la contre-extension avec l'index et la paume de la main droite placés contre l'angle même du manchon utérin. A ce moment, un aide arrête les deux chefs contre l'angle par un double nœud de ficelle à fouet, désinfectée, ou bien, ce qui est plus rapide et plus commode, si l'on a ce qu'il faut, en écrasant un anneau de plomb sur les deux chefs avec une forte pince. Le chirurgien cesse l'extension, puis la contre-extension. L'hémostase définitive est parfaitement assurée du côté gauche par la tension permanente de l'anse élastique, tension très propre à suivre le retrait de l'utérus en involution. — Les mêmes manœuvres sont faites sur l'angle droit du manchon utérin, avec un cordon semblable, et avec la même aiguille. (Voyez fig. 1, ci-jointe.)

Pour rendre la surface de section parfaitement aseptique, et aussi pour prévenir toute hémorrhagie interstitielle, il sera bon de toucher cette surface avec le cautère Paquelin, ou avec une solution de chlorure de zinc, 10 0/0.

Grâce à la ligature hémostatique seulement biangulaire, on conserve un moignon bien vivant et offrant, par suite,

toutes les conditions requises pour une réunion immédiate, sans qu'on ait à redouter les complications qui accompagnent l'élimination des parties mortifiées dans la cavité péritonéale. La vie du moignon est assurée par les branches collatérales hélicines, qui se détachent des artères utérines vers l'utérus, au-dessous des ligatures, et qui, par leurs anastomoses si multipliées, continuent à porter le sang jusque dans les tissus qui sont dans l'intervalle et au-dessus de ces ligatures.

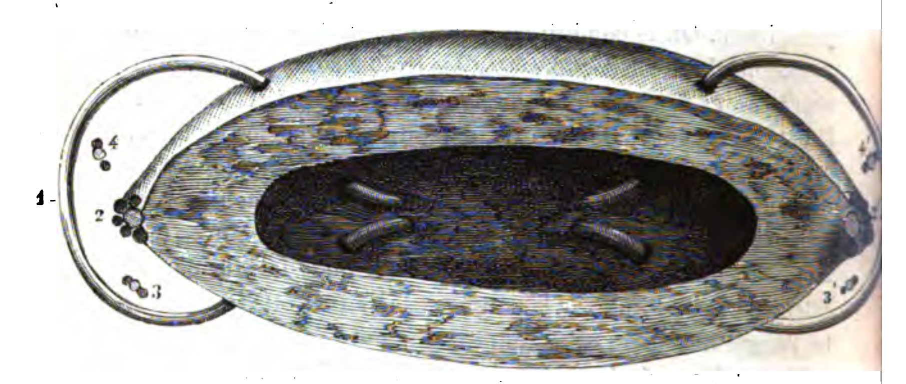



FIGURE 1. — *Coupe du moignon au moment de l'hémostase définitive.*

1.1'. Anses élastiques droite et gauche, dont les chefs se voient dans la cavité utérine.

2.2'. Artères et veines utérines.

3.3'. Artères et veines funiculaires.

4.4'. Artères et veines tubo-ovariennes.

8° Enlèvement du tube qui comprimait le col utérin. — On complète, s'il y a lieu, l'hémostase avec la forcipressure et des ligatures perdues en soie phéniquée. Puis, on réunit en faisceau les chefs de chaque côté, en appliquant une ligature à leurs extrémités, et l'on engage les deux faisceaux dans le canal cervico-vaginal, jusqu'à la vulve.

Au bout de 8, 10, 12 jours, ces faisceaux tomberont, pour ainsi dire, d'eux mêmes, sous une légère traction, quand les anses élastiques auront oblitéré les vaisseaux dans leur processus ulcératif.

9° *Inversion et double suture du moignon.* — On renverse dans la cavité cervicale toute la circonférence libre du moignon, sur une hauteur de 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres, comme on retrousse le bord d'une manchette; les angles du moignon, avec leurs anses élastiques, sont, par conséquent, infléchis dans la cavité utérine. Il s'agit, maintenant, de maintenir solidement en contact les faces péritonéales, en les unissant dans le sens transversal, et, comme le moignon présente au niveau du renversement une épaisseur moyenne de 8 à 10 centimètres, et que les parties infléchies tendraient à se défléchir, vu leur épaisseur, il est nécessaire de fixer les parois, ainsi doublées, au moyen de sutures profondes. A cet effet, avec une aiguille forte et longue, on passe au-dessous du niveau de réflexion une série de forts fils de soie phéniquée, distants entre eux de 1 centimètre seulement. On commence par le milieu du moignon, on serre chaque fil isolément au-dessus du moignon et on le coupe à ras du nœud. Ce sont là surtout des sutures de contention. (Voyez fig. 2, ci-jointe.)

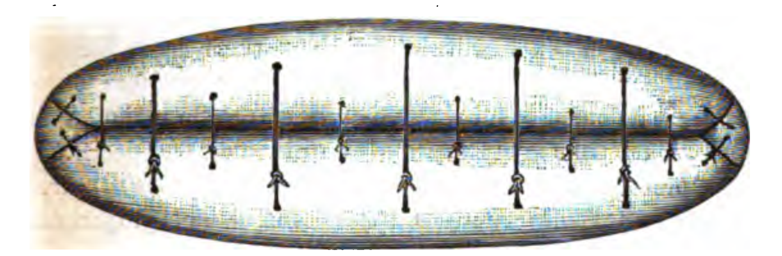


FIGURE 2. — *Double suture du moignon renversé dans le col, avec adossement des faces péritonéales.*

Puis, autant pour favoriser la réunion primitive que pour prévenir le passage de liquides septiques du canal cervical dans la cavité péritonéale, on met, dans l'intervalle des sutures profondes, et, en dehors d'elles, vers les angles, une série de sutures superficelles également de soie phéniquée, mais moins fortes. Le traitement du moignon est alors terminé.

Les avantages de l'inversion du moignon et de la suture des

séreuses par adossement sont si évidents, que je crois superflu d'y insister : réunion par première intention ; élimination au dehors des lochies, ainsi que de l'exsudat et de l'exfoliation moléculaire qui se font sur la surface de section ; guérison rapide, temps gagné par le chirurgien, etc.

10° Toilette du péritoine. Fermeture complète de la plaie abdominale avec un double rang de sutures en soie phéniquée, en affrontant avec soin dans la ligne de réunion les deux lèvres du péritoine. Point de drainage. Irrigation phéniquée dans le canal cervico-vaginal avec une sonde à double courant. Pansement antiseptique.

Lorsqu'il s'agit d'amputer seulement une corne utérine gravide, le même procédé trouve son application. Mais l'hémostase définitive ne demande ici qu'une seule ligature élastique, qu'on met à l'angle externe du moignon. On enlève le tube de caoutchouc, qui servait à l'hémostase provisoire, on cautérise la surface de section ; puis, pour donner libre issue aux lochies et autres liquides vers le vagin, on ponctionne avec un gros trocart la partie inférieure atrésiée du pédicule, on fait passer dans le canal artificiel les deux chefs de la ligature élastique, et l'on y installe un tube en verre qui fera office de drain à demeure. L'inversion et la suture du moignon se font comme dans le procédé général qui vient d'être décrit.

Ce procédé peut certainement être utilisé pour les ruptures utérines ; mais les ruptures s'étendront, dans la plupart des cas, plus ou moins, au-dessous de l'excision utéro-ovarienne. Les lochies, les détritus putrides, les lambeaux sphacélés des lèvres de la rupture continueront à passer dans le péritoine et à rendre la septicémie presque inévitable. Il en résulte que le nouveau procédé doit être, à mon avis, complété par un drainage péritonéo-vaginal sérieux, fait à travers la rupture, drainage qui, du reste, à lui seul, a fourni déjà une série de succès remarquables et encourageants.

Au lieu de la résection et de l'affrontement direct des bords de la rupture, procédé qui a échoué, jusqu'à présent, entre les mains de C.Schröder et de Black, on pourrait songer à inverser

ces bords et à suturer par adossement leurs faces péritonéales ; mais l'exécution me semble très difficile pour toute l'étendue de bien des ruptures qui plongent dans l'excavation pelvienne. Elle sera radicalement impossible si la rupture s'est faite au-dessous de la vessie ou dans l'épaisseur d'un ligament large.

Quant au procédé qui consisterait à renverser tout le moignon dans le vagin et à le détacher par une diérèse lente ou rapide faite sur les points d'attache après décollement préalable de la vessie, il me semble plus théorique que pratique, et, en tout cas, trop pénible, trop dangereux.

## V. — Conclusions.

1° Le traitement intra-péritonéal du pédicule doit être substitué au traitement extra-péritonéal dans l'opération de Porro.

2° Les procédés du traitement intra-péritonéal employés jusqu'ici sont d'une exécution trop difficile, ou sont tout à fait défectueux, soit parce qu'ils n'assurent pas l'hémostase, soit surtout parce qu'ils exposent à la péritonite septique et à la septicémie pour le moignon.

3° Il faut un procédé sûr, simple, assez rapide, accessible à tous et en tous lieux.

4° Celui que j'ai l'honneur d'exposer au public médical, et qui est basé sur la ligature élastique bilatérale et sur l'inversion avec double suture du moignon me paraît réunir toutes ces conditions.

# DES CAUSES D'ERREUR DANS LES EXPERTISES

## RELATIVES AUX ATTENTATS A LA PUDEUR COMMIS SUR DES PETITES FILLES (1).

**Par le Dr Brouardel**, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

(SUITE) (2).

IV. — *Des vulvites.* — Dans son étude sur l'intervention du médecin légiste dans les questions d'attentats aux mœurs M. le Dr Pénard déclare tout d'abord qu' « une des grandes « difficultés de l'expertise, tous les praticiens sont d'accord « sur ce point, est de décider la véritable nature de l'écoule- « ment dont un enfant ou une jeune fille est atteinte. » Il conclut en disant : « L'expert ne saurait se prononcer avec « trop de circonspection sur la nature des écoulements et « des excroissances dont les organes sexuels peuvent être le « siège. »

Ce n'est certes pas pour combattre cette opinion de mon collègue que j'ai entrepris cette étude. Mais au contraire pour l'appuyer, pour demander à tous les membres de la Société de faire leurs efforts pour qu'elle parvienne à pénétrer dans l'esprit de leurs élèves. Depuis un siècle tous les médecins légistes insistent sur les erreurs commises par leurs confrères peu habitués aux expertises médico-légales. Mais jusqu'à ce jour en Allemagne, en Angleterre, en France la même ignorance des faits semble persister.

Une première *règle d'expertise* s'impose au médecin légiste : lorsqu'il constate une inflammation ou des ulcérations des organes génitaux d'une petite fille, il ne doit pas conclure sur un seul examen, après une seule visite.

(1) Travail lu à la Société de médecine légale du mois de juin et publié dans les *Annales d'hygiène*.

(2) Voir *Annales de gynécologie*, numéro de juillet 1883.

Nous avons dit plus haut qu'une erreur d'interprétation des parents ou leur mauvaise foi crée, pour le médecin légiste, une première cause d'erreur, lorsque la justice demande de préciser la nature d'une inflammation des organes génitaux d'une petite fille. Il en est de même lorsqu'au lieu d'une inflammation simple, catarrhale ou purulente, les organes génitaux externes sont le siège d'ulcérations. Si les unes sont toujours le résultat de la contagion, chancre simple ou induré, d'autres peuvent naître spontanément : telles sont les ulcérations herpétiques.

Or, le diagnostic de la vulvite catarrhale ou purulente spontanée, de la vulvite traumatique et de la vulvite blennorrhagique est extrêmement difficile ; il en est de même des diverses ulcérations entre elles. On n'arrive le plus souvent à faire un diagnostic certain qu'en pratiquant plusieurs visites et en suivant la marche de la maladie. Certes, en pratique ordinaire, alors qu'aucune conséquence judiciaire ne résulterait de son diagnostic, un médecin demanderait bien souvent à revoir sa malade avant de porter un jugement définitif sur la nature de la maladie ; le médecin expert doit agir de même, et rien ne serait plus imprudent qu'une décision prématurée. Que l'on se rappelle enfin que la blennorrhagie a une période d'incubation, qu'il en est de même du chancre simple et du chancre induré, que les ecchymoses profondes n'apparaissent qu'après quelques jours, et on comprendra à combien de causes d'erreur un examen unique expose nécessairement l'expert. Un examen tardif permettra aux ecchymoses, aux érosions de disparaître. Un seul examen pratiqué dans les premiers jours qui suivront l'attentat précédera le début d'une blennorrhagie ou l'apparition de chancres mous ou infectants. Il lui suffira d'ailleurs d'avouer ces motifs au juge d'instruction pour que celui-ci en comprenne la valeur. Nous avons bien souvent eu l'occasion de constater que la cause vraie des erreurs commises par quelques médecins, dans des expertises de cet ordre, était simplement la crainte de passer pour ignorants ou du moins inexpérimentés. Ils

affirment trop tôt, pensant que leur hésitation ferait suspecter leur savoir. Ils doivent se souvenir, au contraire, et déclarer au besoin, ainsi que cela est exact, que bien souvent, dans la pratique des hôpitaux ou de la clientèle leurs maîtres les plus célèbres, les spécialistes les plus autorisés hésitent huit et quinze jours en présence de cas dans lesquels pourtant les causes d'erreurs sont moindres, car la simulation et la mauvaise foi ne sont pas à suspecter autant dans la pratique de la ville qu'en médecine légale.

Ainsi, lorsque l'expert trouve une lésion inflammatoire ou ulcéreuse des organes génitaux d'une petite fille, il doit, dans l'immense majorité des cas, ne faire un diagnostic et ne poser des conclusions qu'après avoir suivi la marche de la maladie. Il agirait ainsi en ville, qu'il agisse de même dans ses expertises, car sa décision peut avoir des conséquences encore plus graves.

A. *Des inflammations non ulcéreuses de la vulve. — Vulvite spontanée.* — Elle est très fréquente chez les petites filles lymphatiques, surtout pendant la dentition et au moment ou s'établit la fonction menstruelle. De plus, « généralement les « victimes des attentats aux mœurs appartiennent à une « classe où l'hygiène, dans toutes ses règles, n'est rien moins « que scrupuleusement observée; il en résulte que les or- « ganes sexuels sont le siège d'une grande malpropreté qui « entretient une irritation constante, laquelle produit par « elle-même une sorte d'écoulement plus ou moins abondant, « ou augmente ou multiplie les chances d'écoulement patho- « logique. » (Pénard, p. 77.) Elle présente deux formes, suivant qu'elle est chronique ou aiguë. Dans la vulvite chronique, l'écoulement est muqueux, muco-purulent, la rougeur de la muqueuse vulvaire n'est pas excessive, la douleur est peu marquée. Cette inflammation peut être accompagnée ou avoir été précédée par d'autres lésions scrofuleuses, impétigo du cuir chevelu, maux d'yeux, écoulement du conduit auditif externe, adénopathies, etc.

Mais ces vulvites d'origine lymphatique revêtent parfois une forme aiguë, soit pendant le cours d'une vulvite chronique, soit en dehors de toute inflammation antérieure. Dans la forme aiguë, les organes génitaux externes sont souillés par du muco-pus ou par du pus blanc ou jaune verdâtre, la rougeur des diverses parties est intense, elle peut envahir la partie supérieure de la région interne des cuisses et la marge de l'anus ; l'orifice de l'urèthre est tuméfié, la miction est douloureuse, la marche est pénible. L'écoulement purulent gagne quelquefois le vagin et le pus sort par l'orifice vaginal. Pour moi, il est incontestable que cette vulvite spontanée peut prendre d'emblée ces caractères d'acuité excessive et présenter des caractères objectifs, identiques à ceux de la vulvite traumatique ou même blennorrhagique.

Elle est contagieuse et épidémique. Depuis quatre ans, j'ai eu à faire neuf expertises dans lesquelles l'inculpation avait pour base l'acuité des caractères de l'inflammation. Les petites filles avaient été placées pendant la maladie de leurs mères, au dépôt des Enfants-Assistés, elles étaient entrées sans inflammation des organes génitaux et, après un séjour de deux ou trois semaines, elles étaient sorties avec une vulvite intense. Deux d'entre elles eurent en même temps une ophthalmie catarrhale double pour laquelle elles durent être soignées à l'hôpital Sainte-Eugénie. Toutes les neuf avaient été visitées par des médecins de la ville, et ceux-ci avaient déclaré que ces vulvites étaient, pour les unes, de cause traumatique, et d'origine blennorrhagique pour les autres. Or l'enquête démontra que, pendant les mois qui correspondaient au séjour de ces enfants à l'hospice des Enfants-Assistés, il régnait dans cet établissement une épidémie de vulvites catarrhales, et on sait que ces inflammations naissent, en effet, avec une singulière facilité lorsque les petites filles se trouvent réunies en

---

(1) Voyez *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, juillet 1883, p. 60.

grand nombre, surtout si elles sont lymphatiques, mal nourries, épuisées par la misère (1).

La spontanéité de ces vulvites isolées ou à forme épidémique n'a rien de plus surprenant que l'apparition d'inflammation catarrhale des conjonctives qui, elles aussi, sont souvent contagieuses et se développent sous forme d'épidémie de maison, dans les pensionnats, dans les asiles ou les prisons.

La vulvite chronique, d'autre part, présente parfois des explosions aiguës, en dehors de toute violence extérieure. Ne savons-nous pas que les inflammations scrofuleuses de la membrane pituitaire prennent assez souvent une intensité suraiguë sans qu'il soit possible de signaler une influence occasionnelle appréciable?

Le professeur Lasègue (2) a décrit une forme particulière aux enfants lymphatiques d'érysipèle de la face, il est à répétition, médiocrement fébrile; il pourrait nous servir de type seulement et probablement à cause d'une spécialité pathologique propre aux divers tissus, au lieu de prendre la forme érysipélateuse, ces inflammations vulvaires, comme les blépharites scrofuleuses, se bornent à subir des poussées variables d'intensité, mais qui modifient les caractères de la leucorrhée, en exagèrent l'intensité et en font suspecter l'origine.

Tous les médecins ont donné des soins à de jeunes garçons ou à des adolescents atteints de balanoposthite. Ils savent que ces inflammations sont tantôt aiguës et guérissent complètement, d'autres fois sont d'emblée chroniques, mais exposées à

(1) Dans son *Traité des maladies vénériennes*, le Dr L. Jullien accepte cette opinion et il cite à l'appui un exemple emprunté à Dupuytren. « Dupuytren fut consulté au sujet d'une fille qui présentait depuis quelques jours un écoulement purulent, d'un jaune verdâtre, tachant fortement le linge, et d'une nature fort âcre; la menstruation était douloureuse. Dupuytren diagnostiqua un cas d'inflammation catarrhale des organes génitaux, et prédit que très probablement dans la semaine de nouveaux cas de même nature se présenteraient à lui. La prédiction se réalisa. » Jullien. *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1879, p. 256.

(2) Lasègue. *Traité des angines*. Paris, 1878, p. 148 et suiv.

subir des exacerbations aiguës. D'ailleurs, chez les jeunes garçons, la quantité des sécrétions et les caractères des sécrétions des muqueuses du gland et du prépuce sont soumises à de grandes variétés ; on ne saurait, d'après l'inspection, décider si une balanoposthite est spontanée ou provoquée par des attouchements. Il en est de même de la vulvite chez les petites filles, et il serait souvent impossible d'aller au delà d'une suspicion.

J'accorde volontiers que, chez les petites filles, prédisposées par leur lymphatisme, des attouchements personnels ou impersonnels même peu intenses, provoquent ces inflammations des organes génitaux externes ; j'accorde même que ce soit une des causes les plus fréquentes, mais je me crois autorisé à affirmer que l'inflammation spontanée est loin d'être exceptionnelle et que ce n'est pas son intensité ou la soudaineté de son début qui permettra à l'expert d'en nier la spontanéité.

*Vulvite traumatique.* — Nous désignons sous ce nom les vulvites qui résultent soit d'un attouchement unique et plus ou moins violent, et les vulvites qui succèdent à des attouchements peu violents mais répétés, que ceux-ci soient personnels ou impersonnels. Les violences pratiquées sur les organes génitaux déterminent d'autant plus facilement des inflammations que la petite fille est plus jeune. Nous avons en vain cherché dans les auteurs des caractères distinctifs entre la vulvite traumatique et la vulvite spontanée. Lorsque les violences ont été assez vives pour produire des ecchymoses, des déchirures, l'origine de l'inflammation ne saurait être douteuse ; mais, il faut bien le savoir, ces cas sont de beaucoup les plus rares, et ordinairement l'expert ne constate qu'une inflammation de la muqueuse vulvaire, dont la valeur est extrêmement difficile à déterminer.

La marche fournit quelques indications pour le diagnostic. Le temps qui sépare le moment de l'application de la violence de celui du début de l'inflammation n'est pas toujours possible à préciser, parce que l'intervention médicale n'est que bien

rarement sollicitée dans les premiers huit jours. On doit donc s'en rapporter aux commémoratifs fournis par les parents ou l'enfant; on conçoit combien d'ordinaire ils sont vagues et suspects. Pour Casper et Liman, la blennorrhée mécanique s'établit de suite, tandis que les symptômes de la blennorrhagie sont précédés par une incubation de trois ou quatre jours. Mais nous devons faire remarquer que cette période latente échappe presque fatalement à l'examen direct, et que, si l'expert est obligé de baser son appréciation sur le moment de l'apparition de la douleur, alors même que la règle fournie par Casper et Liman serait absolument exacte, elle serait encore d'un faible secours pour le diagnostic. En fait, le moment où la douleur révèle aux parents qu'un attentat a été commis varie infiniment. Lorsque la violence est extrême, lorsque la contusion est violente, le maximum de l'intensité de la douleur suit l'acte immédiatement. Lorsque les attouchements ont été peu violents, la douleur due à la contusion s'éteint rapidement et elle ne reparaît que provoquée par le développement de l'inflammation. C'est donc encore un diagnostic à établir pour chacun des faits. Dans un cas où l'attentat était avoué, et n'avait été commis qu'une fois par un homme de quarante-cinq ans sur une jeune fille de onze ans, nous vîmes l'enfant huit jours après l'attentat. Elle n'était pas déflorée, mais la vulve présentait tous les signes d'une vive inflammation, l'écoulement était verdâtre, purulent, mais non blennorrhagique. Or, le premier jour et le second jour rien ne révéla aux parents l'acte commis, le troisième jour ils grondèrent leur fille parce qu'elle portait toujours ses mains à ses parties génitales, le soir, la mère vit que le linge de sa fille était taché, et le lendemain, quatrième jour, l'enfant accusa des douleurs en urinant et en marchant, on dut la garder à la maison. L'écoulement était devenu jaunâtre, il augmenta jusqu'au huitième jour. La vulvite était tout à fait guérie le dix-huitième jour, au moment de notre seconde visite.

Il est très rare que les dates soient établies d'une façon aussi précise, et je n'oserais pas formuler une règle, mais je crois

pouvoir dire que la douleur provoquée par un traumatisme portant sur les organes génitaux a un maximum de suite après l'acte, puis qu'elle subit une nouvelle exaspération lorsque l'inflammation se développe. Or, celle-ci ne semble prendre toute son intensité que vers le troisième ou le quatrième jour.

La durée n'est pas moins variable. Chez une petite fille saine, bien soignée, elle dépassera rarement douze ou quinze jours. Chez une petite fille lymphatique, mal nourrie, peu soignée, elle pourra persister à l'état aigu beaucoup plus longtemps, et par conséquent emprunter quelques-uns des caractères de la vulvite blennorrhagique, elle pourra aussi être le point de départ d'une de ces leucorrhées chroniques qui durent souvent pendant des années.

*Vulvite blennorrhagique.* — Les descriptions que nous avons données de la vulvite spontanée, de la vulvite traumatique, pourraient s'appliquer à la vulvite blennorrhagique. D'une façon générale, l'intensité de l'inflammation semble plus grande dans celle-ci, on note plus souvent de l'œdème des grandes lèvres, une saillie notable des glandes folliculeuses des petites lèvres, l'écoulement purulent est plus abondant, sa couleur plus verdâtre.

Mais il n'est aucun de ces signes qui ait une valeur absolue, qui ne puisse revêtir une intensité exceptionnelle dans la vulvite traumatique ou même spontanée. On en peut dire autant d'une remarque de Tardieu (1) : *La turgescence extraordinaire des vaisseaux répandus à l'entrée de la vulve et du vagin;* ils offraient, dit-il, dans un assez grand nombre de cas tout à fait l'apparence que présentent si fréquemment les veines de la verge gonflées et le prépuce turgescent chez les individus atteints d'une chaudepisse très aiguë.

L'ensemble de ces signes doit porter le médecin légiste à soupçonner la blennorrhagie, il ne saurait pourtant lui permettre de l'affirmer.

---

(1) Tardieu. *Attentats aux mœurs*, 6e édit., 1872, p. 43.

Nous attribuons beaucoup plus de valeur à la présence de l'uréthrite. Il est certain que les femmes atteintes de blennorrhagie n'ont pas toutes de l'uréthrite, mais il semble, d'après les auteurs, que l'uréthrite non blennorrhagique soit bien rare. Dans un rapport médico-légal, à l'occasion d'une grave accusation d'attentat à la pudeur, M. Ricord dit (1) : « Il est un signe qui, sans être incontestable, a une grande valeur pour prouver qu'un écoulement a été transmis, c'est lorsque l'écoulement a pour siège l'urèthre. »

Cullerier, M. Rollet (2) déclarent que la « contagion est absolument nécessaire pour le développement de l'uréthrite chez les femmes ». M. Alph. Guérin conclut ainsi (3) : « Pour me résumer, j'admets la possibilité de l'uréthrite simple chez la femme, sans en avoir jamais constaté l'existence. »

Nous croyons que cette opinion, adoptée également par Tardieu et Toulmouche, est vraie pour la femme dans les termes où elle a été formulée par M. Ricord, « il est un signe qui, sans être incontestable, a une grande valeur, etc. » Pour les petites filles, nous croyons qu'il y a lieu de faire encore plus de réserves. Casper et Liman ont vu l'uréthrite succéder à des traumatismes; nous avons fait la même observation, mais nous ajoutons que ces uréthrites traumatiques des petites filles ne survivent pas à la période la plus aiguë de la vulvite traumatique ou spontanée, tandis que lorsque l'uréthrite est d'origine blennorrhagique, sa durée est beaucoup plus longue.

L'uréthrite et sa durée sont donc des signes de grande valeur, mais les meilleurs de tous sont certainement la marche et la durée totale de la vulvite elle-même. Tandis que, sous

---

(1) Ricord. *Consultation sur une accusation d'attentat à la pudeur*, par les Drs Ricord et Baudry, d'Evreux (*Ann. d'hyg. et méd. légale*, 1844, t. XXXII, p. 417).

(2) Rollet. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. *Blennorrhagie*, t. IX, 1868, p. 689.

(3) A. Guérin. *Maladies des organes génitaux externes de la femme*. Paris, 1864, p. 300.

l'influence du traumatisme, la vulvite acquiert son maximum d'intensité vers le troisième, quatrième ou cinquième jour, puis s'atténue pour disparaître en quinze ou vingt jours, chez les petites filles bien portantes et bien soignées, la vulvite blennorrhagique nous a toujours paru avoir une beaucoup plus grande durée dans les conditions où nous les observions chez les jeunes filles soumises à notre expertise. Le terme de quinze jours, assigné par Zeissl à cette maladie, est certainement trop court; nous acceptons plus volontiers l'opinion exprimée par M. Rollet (1). « Quand la blennorrhagie de la femme est limitée à la vulve et qu'elle n'a qu'une intensité moyenne, elle guérit facilement. Après une période de progrès de un à deux septénaires, elle se met à décroître graduellement. Sous l'influence des seuls soins hygiéniques ou à l'aide d'un traitement simple, l'inflammation se calme peu à peu, l'écoulement diminue et la maladie se termine par résolution. » Il en est ainsi lorsqu'il n'y a pas de vaginite, d'uréthrite, ou aucun des accidents dont nous allons parler, mais surtout chez les jeunes filles mal soignées la durée est beaucoup plus longue et se compte non plus par semaines, mais par mois.

La blennorrhagie chez la jeune fille peut donner lieu à de graves complications : métrite, pelvipéritonite, ainsi que l'a établi mon excellent maître, M. Bernutz. Il est évident que ces accidents constituent des circonstances aggravantes, indirectes, mais que l'expert doit signaler.

J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'une jeune fille morte d'une complication tellement rare que je crois devoir en donner le résumé. L'inculpé avait la blennorrhagie, il avouait avoir eu avec cette jeune fille des rapports sexuels, il déclarait que ceux-ci avaient été répétés et consentis. Les derniers avaient eu lieu, d'après lui, huit jours avant la mort. Celle-ci était survenue subitement huit jours environ après que la

(1) Rollet. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. *Blennorrhagie*, 1868, t. IX, p. 685.

jeune fille avait dû prendre le lit pour un œdème des membres inférieurs. Nous trouvâmes à l'autopsie une embolie de l'artère pulmonaire détachée d'une thrombose de la veine iliaque gauche avec oblitération des veines du petit bassin, vaginite purulente et métrite. Voici les parties essentielles de cette observation :

Autopsie le 29 décembre 1881.

Le cadavre est celui d'une jeune fille agée de 15 ans, grande. élancée. Le corps est d'une maigreur extrême, mais ne porte aucune trace de violence. Les seins sont à peine développés.

Le membre inférieur gauche est le siège d'un œdème très accusé et dur.

Tous les organes dont je ne parle pas en ce moment étaient sains.

Les bronches sont remplies de mucosités. Le poumon gauche présente quelques adhérences à la plèvre, mais il est sain. La base du poumon droit est légèrement congestionnée, il est le siège en un point d'un petit infarctus. On ne trouve pas de tubercules dans les poumons.

Le cœur est mou et flasque. Les valvules sont saines. On trouve un caillot rougeâtre mou dans le ventricule droit se prolongeant jusque dans l'artère pulmonaire. Après sa division, on trouve la lumière du tronc de l'artère pulmonaire gauche complètement obturée par la présence d'un caillot dur, fibrineux, granuleux, présentant une section nette en arrière et une crête saillante en avant. Ce caillot, ou plutôt cette embolie, est beaucoup plus ancien que le caillot mou placé en arrière.

L'estomac, qui est sain, contient environ 200 grammes d'un liquide dans lequel on trouve des choux : il a une légère odeur de vin.

Le péritoine n'est le siège d'aucune inflammation.

Les organes génitaux sont normalement conformés. Le mont de Vénus porte quelques poils clairsemés.

La membrane hymen est largement déchirée. Sur sa partie inférieure gauche une déchirure profonde va jusqu'à l'inser-

tion de cette membrane. Les lambeaux sont séparés et cicatrisés isolément.

L'anus ne présente rien d'anormal.

Le vagin assez large a perdu presque tout son épithélium et contient un liquide d'apparence purulente.

Le col de l'utérus est extrêmement rouge et desquamé. En pressant légèrement l'extrémité du col on fait sourdre un peu de pus.

L'utérus est vierge et très congestionné. Il contient à l'intérieur un petit caillot de sang mou et un peu de liquide d'apparence purulente.

Les ovaires sont sains, on voit une vésicule de de Graaf récemment rompue.

La dissection des veines du membre inférieur gauche nous a montré que la veine iliaque de ce côté était bouchée dans toute son étendue, ainsi que la veine crurale et les veines du membre inférieur, par un caillot granuleux très adhérent à la tunique interne de la veine. Au niveau de son embouchure dans la veine cave inférieure ce caillot se termine brusquement par une surface de section nette, analogue à celle du caillot trouvé dans l'artère pulmonaire gauche. La veine iliaque interne est oblitérée par un caillot analogue ancien. Les troncs d'origine le sont également.

Conclusions. — 1° La mort de cette jeune fille a été le résultat de l'embolie qui a obstrué l'artère pulmonaire gauche et interrompu le cours de la circulation.

2° Cette embolie s'est détachée du caillot qui oblitérait la veine iliaque primitive gauche et les veines du membre inférieur du même côté.

Cette thrombose des veines de ce membre avait déterminé l'œdème noté plus haut.

3° Cette jeune fille est déflorée, depuis un temps trop ancien, pour que l'on puisse actuellement rechercher la date de la défloration.

4° Elle était atteinte d'une métrite et d'une vaginite purulente.

5° La présence de caillots anciens dans les vaisseaux d'origine de la veine iliaque interne semble indiquer que le point de départ de cette oblitération veineuse a été la vaginite purulente.

Celle-ci aurait donc indirectement déterminé la mort de la fille R...

Plus particulièrement préoccupé des erreurs qui surgissent, lorsque la victime supposée est une petite fille, je ne fais que signaler la fréquence des écoulements qui surviennent *dans le cours de la grossesse*. La couleur, habituellement jaune verdâtre, peut faire, à tort, soupçonner une blennorrhagie.

*De quelques symptômes ou accidents communs aux diverses espèces de vulvite.* — Nous n'avons pas signalé dans l'exposé précédent quelques phénomènes qui accompagnent parfois les diverses formes de la vulvite, le gonflement des ganglions inguinaux, l'inflammation de la glande vulvo-vaginale, parce que bien que plus spécialement observés dans la vulvite blennorrhagique, ils peuvent se montrer dans les autres variétés.

Chez les petites filles strumeuses, les ganglions inguinaux sont toujours volumineux, mais lorsqu'ils son gonflés par un travail lent et ancien, ils sont durs, mobiles, ont leurs limites nettement arrêtées, la pression ne réveille pas de douleur; lorsque, au contraire, une inflammation récente les tuméfie, l'atmosphère celluleuse qui les entoure se gonfle, semble œdémateuse, et cette tuméfaction dissimule leurs contours, il semble qu'on ne les sent plus qu'au travers d'une enveloppe œdémateuse. D'une façon générale leur tuméfaction est proportionnée à l'intensité de la vulvite beaucoup plus qu'à sa nature.

On peut dire qu'ils sont plus tuméfiés dans la vulvite de cause blennorrhagique, un peu moins dans celle qui succède à un traumatisme, et encore moins dans celle qui survient

spontanément sous l'influence du lymphatisme et du mauvais état général. Mais c'est une appréciation qui correspond à l'ensemble des faits et qui subit de nombreuses exceptions sous l'influence de causes individuelles.

L'inflammation et la suppuration des glandes vulvo-vaginales ont été signalées surtout dans la blennorrhagie, mais on les rencontre parfois à la suite des excès de coït, surtout lorsque ceux-ci ont coïncidé avec l'écoulement menstruel.

B. *Des ulcérations de la vulve.* — Des ulcérations de diverse nature peuvent occuper les parties génitales des petites filles. Ce sont : le chancre induré, le chancre mou, les plaques muqueuses, les ulcérations herpétiques, ou les ulcérations superficielles dues à l'intensité d'une vulvite spontanée, traumatique ou blennorrhagique.

Nous ne décrirons pas les signes qui permettent d'établir le diagnostic du chancre induré et du chancre mou. Nous ne ferons qu'une remarque à propos de l'induration caractéristique du chancre infectant, c'est que cette induration n'a de valeur que lorsque l'ulcération n'a pas été cautérisée. Ajoutons d'ailleurs avec M. Fournier, contrairement à une opinion qui a cours dans le corps médical, que (1) « sans être absolument constante, l'induration du chancre syphilitique chez la femme est tellement habituelle, tellement commune, que l'on peut taxer d'exceptionnels les cas où elle fait défaut ».

Si le chancre est bien développé, quelle que soit sa variété, ou si les plaques muqueuses sont faciles à diagnostiquer, il n'en est pas de même des *érosions de la vulve.* Le chancre naissant, le chancre syphilitique, multiple, herpétiforme (2), l'herpès vulvaire ulcéré, sont des lésions d'une distinction très difficile et rien ne le prouvera mieux que les différents

(1) Rollet. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. *Blennorrhagie*, 1868, t. IX, p. 683.

(2) Fournier. *Leçons sur la syphilis chez la femme.* Paris, 1873, p. 137.

(3) Dubuc. *Variété clinique du chancre syphilitique* (*Ann. de dermatologie et de syphiliographie*, t. V, p. 241).

passages que je vais résumer d'après l'excellent livre de M. Alfred Fournier (1).

Peut-on reconnaître le chancre à sa période embryonnaire? Non, car il ne possède pas un seul caractère propre. C'est une érosion ressemblant à toutes les érosions possibles. La seule réponse que l'on puisse faire à la personne qui vous consulte c'est « *il faut attendre* ». Lorsque le chancre prend ses caractères typiques ulcéreux il est assez facile à reconnaître, mais sous sa forme érosive ou exulcéreuse, le chancre risque surtout d'être confondu, soit avec une érosion simple, traumatique, inflammatoire ou autre, soit avec un herpès.

L'érosion simple se distingue de l'érosion du chancre grâce à deux signes : l'induration et l'adénopathie. Si celle-ci n'existe pas *après une ou deux semaines de début* de l'érosion, celle-ci n'est pas un chancre.

La seconde lésion avec laquelle le chancre érosif est le plus souvent confondu c'est l'herpès. « Ce diagnostic, il faut l'avouer, dit M. Fournier, est formulé d'une façon assez étrange dans la plupart de nos livres classiques, où il est dit à peu près ceci : Le chancre se distingue de l'herpès parce qu'il est constitué par une *ulcération*, tandis que l'herpès est une lésion primitivement *vésiculeuse*, s'offrant à l'examen sous forme, soit d'une série de petites vésicules groupées, soit plus tard d'érosions miliaires. C'est là, messieurs, presque une naïveté. Si l'herpès, en effet, consistait toujours en cela (vésicules ou érosions miliaires) il ne serait jamais pris pour un chancre, et il n'y aurait que les aveugles en vérité qui pourraient se méprendre à des choses si dissemblables. Si donc on le confond avec le chancre, et cela d'une façon journalière, c'est vraisemblablement qu'il se présente sous certaines formes qui s'éloignent de son type normal pour se rapprocher de la physionomie du chancre. C'est en effet ce qui a lieu.

« L'herpès susceptible d'être confondu avec le chancre, ce

(1) Fournier, *loc. cit.*, 8e leçon, p. 212 à 267.

n'est ni l'herpès vésiculeux, ni l'herpès à érosions miliaires consécutives à la rupture de vésicules isolées ; c'est l'herpès *confluent*, formant des groupes, des bouquets d'érosions contiguës, lesquelles à un moment donné se réunissent, se fusionnent et aboutissent ainsi à constituer une érosion assez large, — c'est aussi l'herpès *creux* qui va au delà de l'épiderme, qui attaque superficiellement le derme comme le chancre, — c'est l'herpès *à longue durée* exigeant plusieurs semaines pour son évolution complète ; c'est encore l'herpès *solitaire*, forme assez rare, mais très réelle, constituée par une érosion unique, souvent assez étendue. — C'est, en un mot, l'herpès qui sous des formes diverses se rapproche assez du chancre pour avoir mérité la qualification significative d'*herpès chancriforme*, et qui, disons-le immédiatement, s'en rapproche au point, en quelques circonstances, que, de l'aveu des maîtres de l'art, de M. Ricord en particulier, il n'est pas de diagnostic possible à établir à première vue ou pendant un certain temps entre le chancre et lui. »

Les signes qui ont pour M. Alfred Fournier un certaine valeur sont les suivants : le plus habituellement l'herpès s'accompagne, soit avant son explosion, soit à son début, d'une excitation, d'une ardeur locale, d'un *feu*, tandis que le chancre est une lésion *apruriginense* par excellence. Ce signe basé sur un souvenir de la personne examinée aura bien peu de valeur pour l'expert. Les suivants sont plus significatifs :

1° *L'état des ganglions.* — Avec le chancre, adénopathie constante, indolente, dure, persistante et le plus souvent polyganglionnaire (pléiade). Avec l'herpès, le plus souvent, pas de retentissement ganglionnaire, ou tout au plus tension subinflammatoire des ganglions.

2° *Etat de la base de la lésion.* — Avec le chancre, induration constante ou presque constante. Avec l'herpès, état souple de la base, ou tout au plus légère rénitence inflammatoire, qui ne donne pas aux doigts la sensation sèche, nette, de l'induration spécifique.

3° *Tracé circonférentiel de la lésion.* — « C'est là, dit M. Fournier, un des signes les plus pratiques pour servir au diagnostic différentiel de l'herpès et du chancre, signe minutieux peut-être, mais très réel et très distinctif. Voici en quoi il consiste :

« Si vous examinez le contour d'un chancre, vous le trouvez représenté soit par un cercle d'un certain diamètre, soit par un ovale plus ou moins régulier, soit par une forme quelconque non géométrique, irrégulière.

« Si vous examinez au contraire le contour d'un large herpès, vous le voyez curieusement figuré par une série de circonférences incomplètes, ou du moins vous reconnaissez sur quelques points de son contour de *petits segments de circonférence* très régulièrement dessinés.

« Cette disposition, cette forme *polycyclique* qu'affecte le pourtour de l'herpès n'est pas le fait du hasard; elle tient à ce que la plaie totale de l'herpès résulte de la fusion de plusieurs petites plaies absolument circulaires, elle ne se rencontre pas avec le chancre, où elle n'a pas de raison d'être, puisque le chancre se développe isolément et non en groupe ; elle ne se rencontre pas plus avec aucune autre variété d'ulcération en sorte qu'elle est pathognomonique de l'herpès. »

Enfin, et c'est là le meilleur des signes, il faut suivre l'*évolution de la lésion*. La guérison sera hâtive s'il s'agit d'un herpès et rien autre ne se produira; s'il s'agit d'un chancre la cicatrisation sera plus longue dans la majorité des cas, enfin quelques semaines plus tard paraîtront les accidents généraux.

M. Fournier signale un véritable piège. « Ce piège c'est *la coexistence* possible des deux lésions que vous cherchez à distinguer, la coexistence de l'herpès et du chancre sur le même sujet, au même siège, dans le même temps. Coexistence possible, ai-je dit. Peut-être aurais-je mieux fait de dire coexistence fréquente ou assez commune. » M. Fournier cite ensuite des cas dans lesquels l'herpès a coïncidé avec une blennorrhagie, il rappelle la fréquence de l'herpès menstruel

et il résume dans le tableau suivant, que nous lui empruntons, le diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès.

**Diagnostic différentiel du chancre syphilitique et de l'herpès.**
(D'après Fournier).

| | HERPÈS. | CHANCRE. |
|---|---|---|
| *Trois signes différentiels presque constants* | 1° Pas de retentissement ganglionnaire. | 1° Adénopathie constante (indolente, dure, persistante, généralement poly-ganglionnaire). |
| | 2° Base souple, sans induration. | 2° Base indurée. |
| | 3° Contour polycyclique de l'érosion, constitué par des segments réguliers de petites circonférences. | 3° Contours ne présentant jamais les segments réguliers de petites circonférences propres à l'herpès. |
| *Evolution* | 1° Limitation rapide. | 1° Limitation moins rapide. |
| | 2° Cicatrisation hâtive. | 2° Cicatrisation plus lente en général. |
| *Signes non constants de valeur moindre.* | 1° Lésion prurigineuse (ardeur, feu local au début). | 1° Lésion absolument indolente, aprurigineuse. |
| | 2° Erosions habituellement multiples. | 2° Lésion souvent unique, ou multiple à un degré moindre que l'herpès. |
| | 3° Erosions d'étendue minime, souvent miliaires. | 3° Lésion en général plus étendue que l'herpès. |
| | 4° Erosions généralement plus superficielles que le chancre. | 4° Lésion en général moins superficielle que l'herpès. |

*Cause d'erreur* : Coïncidence possible de l'herpès et du chancre.

Nous avons longuement insisté sur ce diagnostic parce que, en médecine légale, il présente de réelles difficultés. Celles-ci avaient déjà été signalées en 1853 par Legendre (1), à propos d'un cas de présomption de viol, et son mémoire mérite d'être lu par les experts.

Le diagnostic entre l'herpès vulvaire et les plaques muqueuses est quelquefois tout aussi difficile. Je rapporte ici un exemple qui permettra d'apprécier en présence de quelles incertitudes un expert peut se trouver placé. Dans ce cas, la petite fille avait des ulcérations de la vulve, l'inculpé en avait une du gland, la petite fille était en pleine évolution dentaire et la muqueuse buccale était enflammée. On verra que nous

(1) Legendre. *Mémoire sur l'herpès de la vulve* (*Arch. gén. de méd.*, 5e sér., 1853, t. II. p. 171).

avons dû procéder à des visites multiples et que nous avons invoqué les lumières de M. Alfred Fournier avant de pouvoir donner au juge d'instruction des conclusions définitives.

(*A suivre.*)

---

# DE LA CONCEPTION AU COURS DE L'AMÉNORRHÉE.

**Par le Dr André Petit,**
**Ancien interne des hôpitaux de Paris.**

SUITE (1).

D'ailleurs Négrier ne niait pas absolument l'évolution des vésicules de de Graaf pendant la gestation, mais il ne pouvait admettre la ponte d'un ovule parvenu à maturité, puisqu'il n'y avait pas de règles ; il émettait la même opinion à l'égard des nourrices. Mais, dans les cas, relativement rares, de menstruation pendant la grossesse ou l'allaitement, il est probable qu'il acceptait l'idée de la ponte ovulaire, bien qu'il ne s'explique pas très nettement à cet égard. « Je crois pouvoir conclure, dit-il (2), que le travail vésiculaire ovarique ne paraît pas être *entièrement* suspendu pendant les fonctions de la gestation et de l'allaitement ; qu'il continue à s'effectuer au moins jusqu'à la dilatation de la vésicule exclusivement, mais il est complètement arrêté à cette dernière évolution qu'on n'observe *jamais* chez les femmes enceintes ou nourrices *qui ne sont pas menstruées.* »

Passe encore pour les femmes enceintes ; mais comment concilier une semblable assertion avec les faits de conception pendant l'aménorrhée de la lactation ? Comment nier dans ces cas la déhiscence d'une vésicule de de Graaf ? D'ailleurs Négrier lui-même en rapportait deux exemples dans son second mémoire en 1858. (Voy. obs. XI et XII.)

---

(1) Voir les numéros de mars avril et juin 1883.

(2) *Loc. cit.*, 1840.

Pendant la lactation, l'aménorrhée est la loi la plus générale, mais comment se produit-elle; quelle en est la cause efficiente? Il faut invoquer encore ici l'influence de l'état général d'épuisement et d'anémie.

En effet, une partie du sang des nourrices est utilisée, au niveau des glandes mammaires, pour fournir la sécrétion du lait, et la femme, soumise à une constante déperdition, se trouve placée dans un état d'anémie relative; elle ne peut faire face, du moins le plus souvent, à la double dépense de la sécrétion lactée et de l'hémorrhagie périodique : c'est cette dernière qui disparaît. Il est d'ailleurs aujourd'hui bien connu que cette aménorrhée n'est pas absolument constante, et que, chez un grand nombre de nourrices, les règles se montrent plus ou moins abondantes et régulières, surtout après les six ou huit premiers mois de l'allaitement. *Faye*, *Seux*, *Raciborski* se sont préoccupés de cette question et ont étudié les modifications subies par le lait dans ces circonstances; Raciborski arrive à conclure que les nourrices qui sont réglées ne sont nullement de mauvaises nourrices,et que, seulement, leur lait est un peu moins riche en globules graisseux; il est du reste évident que ces femmes sont robustes et possèdent une constitution assez vigoureuse pour suffire à une double déperdition sans en être épuisées.

Mais puisque les règles peuvent se montrer pendant le cours de la lactation, l'ovulation doit persister également durant cette période : c'est ce que viennent démontrer les cas nombreux de grossesse survenant chez des nourrices réglées.

De ce que l'anémie de l'allaitement, dont nous avons indiqué la pathogénie, s'oppose le plus souvent à l'hémorrhagie utérine mensuelle, s'ensuit-il que, chez les nourrices non réglées, l'ovulation soit suspendue? En aucune façon; la ponte ovulaire a lieu chez elles régulièrement et ces femmes peuvent fort bien concevoir.

Les deux observations suivantes, de Négrier, en sont une preuve irrécusable.

OBSERVATION XI (de Négrier, 37e fait, 1858).

Mme X..., grande, forte, énergiquement constituée sous le rapport sexuel. Elle a été réglée avant 14 ans; elle est mère de dix enfants vivants qu'elle a *tous* allaités avec succès.

A la suite des trois premières grossesses, ses règles ont reparu vers le quatrième mois de l'allaitement, et celui-ci n'en fut pas moins continué. De la quatrième à la huitième, la menstruation n'a pas reparu une seule fois.

Les quatre enfants qui se suivent immédiatement n'ont au plus qu'une année de distance entre eux, c'est-à-dire qu'entre la naissance de l'un et la conception du suivant il n'y a que trois à quatre mois d'intervalle.

OBSERVATION XII (de Négrier, 38e fait, 1858).

Mme X..., de taille moyenne, d'un tempérament sanguin et lymphatique; stérile pendant les six premières années de son mariage eut, dans l'espace de huit années, six enfants, dont quatre garçons pour les quatre premières grossesses, et deux filles jumelles pour la cinquième. Les quatre premiers enfants furent allaités.

Les troisième et quatrième fécondations eurent lieu *pendant l'allaitement et sans que les menstrues aient annoncé le retour de l'ovulation.*

Nous avons nous-même recueilli des faits de ce genre; les deux observations suivantes en fournissent un exemple, en même temps qu'elles viennent encore confirmer les idées que nous avons émises sur la conception pendant l'aménorrhée indépendante de la lactation.

OBSERVATION XIII (personnelle; inédite).

Nous observons la nommée F... (Céline), âgée de 20 ans, couturière, dans les derniers jours du mois d'avril 1882, à l'hôpital Cochin.

Elle nous apprend que sa mère est morte d'accidents puerpéraux, mais nous ne pouvons obtenir de renseignements sur l'état de sa menstruation.

Céline F... est née dans le Loiret; elle eut la rougeole vers l'âge de onze ans et, pendant toute son enfance, des bronchites fréquentes, de la toux continuelle, ainsi que des douleurs abdominales assez vives: elle n'avait pas de leucorrhée.

Elle fut réglée à l'âge de 13 ans, à la campagne, dans son pays natal; l'instauration cataméniale fut facile, non douloureuse; les règles revinrent régulièrement chaque mois; elles duraient huit jours, et étaient d'abondance normale. Dans l'intervalle, il n'y avait pas de pertes blanches.

Les premiers rapports sexuels eurent lieu à lâge de 16 ans; ils n'amenèrent aucune modification notable dans la santé générale, et F... vit encore ses règles le mois suivant (mai 1877). A partir de cette époque elles n'ont plus reparu. Les règles ayant manqué au mois de juin, F... se crut enceinte, et la suppression des époques suivantes la confirma dans cette opinion; mais il ne se produisit aucune augmentation de volume du ventre, aucun signe du côté des seins, aucun trouble des fonctions digestives.

A cette époque, F... n'a fait aucune maladie de quelque importance, sa toux habituelle n'est pas devenue plus fréquente ni plus pénible, elle n'a pas eu d'hémoptysies.

Cet état ne subit aucune modification appréciable jusque vers le mois de janvier ou février 1879, c'est-à-dire pendant une période d'environ dix mois; à cette époque, F... ressentit quelques malaises et des envies de vomir assez fréquentes, elle éprouvait une grande fatigue et toussait davantage. Trois mois plus tard, elle entrait à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Bucquoy, pour des douleurs dans l'abdomen, principalement dans la région ovarique droite, accompagnées de fièvre (?). Elle resta trois mois à l'hôpital et sortit en juillet 1879. Les registres de l'hôpital portent le diagnostic : *croissance exagérée de la vulve* (?).

Elle prétend avoir perdu un peu de sang vers la fin de son séjour à l'hôpital; ce fait ne s'est pas reproduit depuis. Tous les symptômes d'une grossesse s'étaient d'ailleurs successivement montrés. La fin de la grossesse ne présenta rien d'anormal et l'accouchement eut lieu, à terme, le 27 septembre 1879; l'enfant du sexe masculin était bien conformé. Après ses couches, F... perdit peu de sang, et l'écoulement lochial ne se montra que pendant quelques jours.

On voit que la grossesse a été précédée d'une période d'aménorrhée d'environ dix-huit mois: de juin 1877 à janvier 1879. Pendant tout ce

temps, la malade n'a vu aucune trace de sang à la vulve et n'a pas eu d'hémorrhagies supplémentaires ; elle n'avait que peu de leucorrhée, et elle n'a jamais éprouvé de symptômes de congestion pelvienne accompagnée d'un flux leucorrhéique revenant périodiquement chaque mois.

Elle a nourri son enfant pendant vingt-cinq mois, jusqu'en octobre dernier. Pendant ce temps, la menstruation est restée supprimée, mais, vers le mois d'août, F... remarqua que son ventre augmentait légèrement de volume et qu'elle éprouvait des lourdeurs et quelques sensations pénibles au niveau du bassin. Du reste, si la malade cessa d'allaiter, c'est qu'au mois d'octobre 1881, elle sentit nettement les mouvements du fœtus dont elle était enceinte.

Elle pensa dès lors être grosse de quatre mois et demi environ, et fit remonter le début de cette seconde conception au mois de juillet 1881. En effet, elle entrait le 17 avril 1882 à la maternité de Cochin et accouchait, le 19, d'un enfant à terme du sexe féminin. La grossesse avait été normale, les couches furent faciles, il y eut très peu d'écoulement de sang; les lochies furent sanglantes pendant deux ou trois jours à peine.

Le long allaitement et la seconde grossesse ont fatigué F..., qui déclare avoir sensiblement maigri et avoir perdu une partie de ses forces ; elle a quelques sueurs et tousse davantage. Elle n'a pas eu d'hémoptysie ; pas de diarrhée. Elle n'a fait à aucun moment de maladie fébrile l'obligeant à prendre le lit.

Aujourd'hui, cette femme est pâle, amaigrie, semble épuisée ; elle a toujours des sueurs nocturnes. On ne relève aucune trace de syphilis.

A l'examen des organes thoraciques, on ne constate qu'un peu de diminution du murmure vésiculaire dans tout le poumon droit, peut-être un peu plus accentuée au sommet, mais sans modification de la sonorité. Pas de râles.

Le cœur n'offre rien d'anormal. — On ne trouve aucun souffle, soit à la pointe, soit à la base.

Les seins sont assez volumineux, l'aréole est fortement pigmentée, le lait paraît un peu clair.

Le ventre, peu volumineux, est légèrement douloureux à la pression vers la fosse iliaque droite. L'utérus est bien revenu sur lui-même ; on ne constate, par le palper, rien d'anormal. — Nous remettons le toucher vaginal à une époque plus éloignée des couches, Céline F...

devant venir nous trouver pour que nous pratiquions cet examen ; nous ne l'avons pas revue depuis.

Nous voyons que, chez la nommée Céline F..., l'aménorrhée qui a duré de juin 1877 à janvier 1879, époque de la première conception, ne peut recevoir d'explication absolument certaine ; cependant il nous semble assez probable qu'elle peut être attribuée à l'état de faiblesse générale et d'anémie, que nous avons relevé chez cette jeune femme, et dont elle offre aujourd'hui un ensemble de symptômes assez nettement accusé. Peut-être même serait-on autorisé à la considérer comme atteinte de tuberculose pulmonaire, bien que les signes physiques que nous avons pu constater, tout en justifiant une semblable hypothèse, ne nous permettent pas d'affirmer notre diagnostic. Nous avons, d'autre part, suffisamment insisté sur l'influence de la lactation dans la pathogénie de l'aménorrhée au cours de laquelle est survenue la seconde grossesse.

Dans le fait suivant, nous jugeons que la cause de la suppression des règles, sans suppression de la fonction ovarienne, est plus évidente.

OBSERVATION XIV (personnelle ; inédite).

La nommée Anastasie Puj..., âgée de 31 ans, journalière, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit nº 5, le 16 février 1882.

Nous ne pouvons obtenir aucun renseignement au point de vue des fonctions génitales de sa mère qui a succombé, dit elle, il y a quatorze ans, à une affection chronique de la poitrine (?). Son père est âgé de 64 ans, et en parfaite santé ; elle a un frère vivant et bien portant ; un autre frère est mort, mais elle ignore de quelle affection. Elle a une sœur mariée, mère de trois enfants, et qui est régulièrement menstruée

P... a toujours été bien portante pendant son enfance, et n'a d'ailleurs jamais fait de maladie grave.

Elle a été réglée à Lourdes, son pays natal, vers l'âge de 13 ou 14

ans; l'instauration cataméniale a été facile, peu douloureuse, et les règles se sont dès ce moment montrées chaque mois sans pertes intercalaires, sans leucorrhée.

Mariée à l'âge de 24 ans (novembre 1875), elle n'éprouva, à la suite des premiers rapports sexuels, aucune modification importante dans son état général. Aucun accident du côté des organes génitaux, pas de leucorrhée; les règles se montrent normales en décembre, mais ne paraissent pas au mois de janvier 1876. Cette suppression persista les mois suivants, et s'accompagna de tous les symptômes d'une grossesse qui évolua régulièrement. L'accouchement eut lieu à terme, en septembre 1876. Enfant du sexe féminin ; normalement constitué.

P... allaita son enfant pendant un nombre de mois qu'elle ne peut préciser, mais, durant la lactation, les règles ne se montrèrent pas. Elle n'eut point de pertes blanches ni de leucorrhée mensuelle ; parfois elle éprouva quelques douleurs dans le bas-ventre, mais il n'y eut aucune périodicité dans leur retour.

Cependant, P... s'aperçut, alors qu'elle était encore nourrice, que son ventre augmentait de volume, et bientôt elle ne put douter de l'existence d'une seconde grossesse qui se termina, comme la première par un accouchement normal à terme, en juillet 1878. L'enfant était du sexe masculin; il succomba le jour même.

A partir de ce moment, P... ne vit plus ses règles ; elle n'eut d'ailleurs, aucun accident du côté des organes génitaux ; pas de leucorrhée, pas de molimen périodique. Au cours de cette aménorrhée complète, elle fut de nouveau surprise par les mêmes symptômes qu'elle avait éprouvés déjà deux fois, et auxquels elle ne pouvait se tromper. Elle était en effet enceinte pour la troisième fois, et accoucha à terme d'un enfant mâle bien constitué, au mois de septembre 1879. La grossesse remontait donc au mois de janvier de la même année et avait été précédée par une période d'aménorrhée de cinq mois.

Elle eut, après chacun de ses accouchements, un écoulement de sang peu abondant, pas de leucorrhée consécutive.

P... a nourri ce troisième enfant pendant près de vingt-deux mois. c'est-à-dire jusqu'en juillet 1881 ; durant tout ce temps elle n'eut aucun flux menstruel.

Depuis lors, elle n'a jamais eu aucun écoulement de sang par la vulve, aucune trace de règles, pas de pertes blanches. Bien que fatiguée par ses grossesses répétées et sa longue lactation, sa santé

était relativement satisfaisante, mais elle était tourmentée par une affection déjà ancienne dont nous devons nous occuper maintenant, car c'est pour ce motif qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu au mois de février 1882.

(Nous devons à l'obligeance de notre excellent collègue Courtade, les renseignements relatifs à cette affection chirurgicale.)

P... porte à la région antérieure du cou, au niveau du corps thyroïde, une tumeur assez volumineuse, que M. le professeur Richet reconnaît pour un *goitre kystique et parenchymateux*. Ce goitre a débuté il y a une dizaine d'années environ ; son développement, d'abord très lent, a subi une poussée rapide à l'époque de la première grossesse, et, à partir de ce moment, la malade a éprouvé des palpitations cardiaques fréquentes, de l'essoufflement, quelques vertiges. Le goitre s'est encore notablement accru pendant la seconde grossesse, et aussi, bien que d'une façon moins marquée, pendant la troisième grossesse ; les symptômes de dyspnée, les palpitations au moindre exercice un peu violent, se sont encore accentués ; les yeux un peu saillants, mais qui ont toujours présenté, au dire de la malade, cet aspect, offrent une injection assez marquée de la conjonctive, une dilatation évidente des pupilles, qui sont égales, enfin une légère opalescence avec exulcération très limitée de la cornée droite ; la malade, d'ailleurs, voit moins bien de ce côté depuis quelque temps.

Lorsqu'elle entre à l'hôpital pour l'état de gêne et de malaise général que lui fait éprouver son goitre, elle nous affirme n'avoir vu aucune trace de règles depuis l'écoulement sanguin normal qui a suivi son dernier accouchement, c'est-à-dire depuis près de deux ans et demi (29 mois). Cependant elle a éprouvé il y a environ quatre mois (novembre 1881) des envies de vomir, une sensation de malaise spécial, de l'anorexie, si bien qu'elle a songé à la possibilité d'une grossesse commençante, et que, depuis cette époque, elle s'est confirmée dans cette opinion. Elle n'a ressenti il est vrai aucun symptôme du côté des seins, mais, du reste, elle a toujours éprouvé peu de modifications du côté de ces organes lors de ses précédentes grossesses. Elle n'a pas encore *senti remuer*.

Nous examinons la malade dans les derniers jours de février : le col de l'utérus est gros, mou, entr'ouvert et admet l'extrémité de la pulpe de l'index ; on sent le corps de l'utérus évasé au-dessus du col

dans les culs-de sac vaginaux. Au palper, on constate que le corps de l'utérus volumineux, incliné à droite, remonte jusqu'à quatre grands travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas de mouvements fœtaux; pas de battements cardiaques.

P... nous paraît être enceinte de trois mois et demi à quatre mois au plus. Ses seins sont peu volumineux; l'aréole est brune; quelques tubercules de Montgomery,

L'auscultation de l'appareil respiratoire ne révèle que quelques râles sibilants et ronflants symptomatiques d'une bronchite récente. Le cœur bat avec force ; les contractions sont régulières. Aucun bruit de souffle.

La malade n'offre aucun antécédent, aucune trace actuelle de syphilis.

Deux ponctions furent faites à un mois de distance dans la tumeur thyroïdienne. La première ponction, suivie d'injection iodée, donna issue à environ deux verres d'un liquide épais, de couleur chocolat; la deuxième, faite le 30 avril, à une assez grande quantité de sang presque pur. Il y eut, pendant cette dernière opération, menace de syncope. On pratiqua une injection d'alcool camphré pur.

La malade est pâle, anémique, elle a tous les attributs du tempérament lymphatique.

Nous n'insisterons pas de nouveau sur la conception survenue chez cette femme pendant l'aménorrhée de la lactation, lors de la seconde grossesse. Nous chercherons seulement la cause de l'aménorrhée de cinq mois (juillet 1878 à janvier 1879), qui s'est produite entre la deuxième couche et la troisième grossesse, et aussi de celle de quatre mois qui a séparé la terminaison de l'allaitement du troisième enfant (juillet 1881) du début de la dernière grossesse (novembre 1881).

Si nous ne relevons, chez cette femme, aucune affection diathésique, aucune maladie générale grave, pouvant corroborer la théorie du *silence utérin par anémie*, que nous avons exposée précédemment, du moins nous trouvons chez elle une fatigue très grande, résultant des grossesses répétées suivies d'allaitement prolongé; en outre, nous relevons l'existence d'un goitre kystique et parenchymateux, dont la vasculari-

sation considérable a été mise en évidence par les deux ponctions pratiquées dans la tumeur.

Ce goitre, qui avait acquis après la première grossesse un développement plus considérable et qui s'est, dans la suite, accompagné d'un certain nombre de symptômes analogues à ceux de la maladie de Basedow, peut, il nous semble, rendre compte de l'aménorrhée, survenue consécutivement, chez la nommée P... En effet nous constatons : règles normales et grossesse, avant l'apparition du goitre, ou tant qu'il est peu volumineux ; — aménorrhée, et néanmoins ponte ovulaire et conception, à partir du moment où il détermine des troubles locaux et généraux appréciables. On sait, d'ailleurs, que les troubles menstruels et la suppression des règles sont fréquents dans les cas de goitre exophthalmique.

Nous n'avons pu savoir de la malade si elle avait éprouvé au niveau de sa tumeur thyroïdienne des poussées congestives mensuelles, analogues à celles qui se sont montrées pendant les gestations multiples ; mais il nous faut reconnaître que P... n'offre pas, à coup sûr, une vivacité intellectuelle remarquable, et ce n'est qu'à grand'peine que nous avons obtenu d'elle les renseignements relatés dans notre observation. L'intelligence et le goitre concordent rarement !

Dans l'observation suivante, nous avons éprouvé plus de difficultés pour assigner une pathogénie certaine, d'ordre analogue, à l'aménorrhée presque absolue de la malade dont nous retraçons l'histoire, intéressante d'ailleurs, à plus d'un titre.

### Observation XV (personnelle ; inédite).

La nommée Marie Le M..,âgée de 23 ans, employée, entre à l'Hôtel-Dieu, le 7 juillet 1882, salle Sainte-Jeanne, lit n° 17.

Son père est mort d'une maladie de poitrine de longue durée. La mère est vivante, a été réglée à dix-neuf ans ; sa menstruation peu abondante, mais régulière, est devenue plus copieuse après le mariage qui a eu lieu à 21 ans. Elle a eu huit enfants.

Marie Le M... a deux sœurs âgées de 9 et de 17 ans ; cette dernière est normalement réglée depuis l'âge de 14 ans.

Elle-même est née à Lannion (Côtes-du-Nord); elle a toujours été, dit-elle, bien portante pendant son enfance, bien qu'elle ait eu quelques abcès cervicaux dont elle porte encore la trace. Ses règles sont apparues pour la première fois à l'âge de 10 ans et demi (1869); elle éprouva à ce moment peu de douleurs, et le flux sanguin dura environ quatre à cinq jours. A partir de cette époque, elle resta six mois sans avoir de nouveau ses règles, qui réapparurent pendant deux mois, puis se supprimèrent pendant quatre autres mois. Marie Le M... était cependant bien portante, n'éprouvait aucun malaise et ne faisait que peu d'attention à l'irrégularité de ses menstrues; elle n'avait pas de leucorrhée, pas de molimen mensuel. Toutes les autres fonctions s'accomplissaient normalement.

Depuis lors, les mêmes irrégularités de la menstruation ont persisté, et la malade nous affirme que pendant les *treize années* qui se sont écoulées depuis l'instauration cataméniale, elle n'a vu ses règles que *douze fois.*

Elle vint à Paris au mois de septembre 1879, et la veille de son départ eut un léger écoulement sanguin par la vulve qui dura quelques heures seulement : il y avait alors un an que l'aménorrhée était complète. Elle a persisté depuis cette époque, mais la malade a eu, à des intervalles irréguliers, des pertes blanches, sans molimen bien net, et qui duraient environ quarante huit heures.

Marie Le M... se livra aux premiers rapports sexuels au mois de janvier 1881; le premier coït fut douloureux et s'accompagna d'un très léger écoulement de sang, mais il ne se produisit aucun accident consécutif.

Vers le mois de novembre ou décembre 1881, Marie Le M... éprouva quelques *maux d'estomac*, sans vomissements, peut-être un peu de fatigue, mais sans altération notable de la santé générale qui resta bonne; aucun phénomène anormal du côté des seins. Cette femme, assez grasse depuis plusieurs années, remarqua bien, il est vrai, que pendant les mois qui suivirent son ventre augmentait de volume ainsi que ses seins, mais elle crut à l'exagération de son embonpoint ordinaire. Elle eut quelques pertes blanches continues, quelques varices aux deux jambes, mais affirme à *aucun moment n'avoir senti remuer* et n'avoir éprouvé du côté des seins aucune sensation spéciale.

Fatiguée par son travail et alourdie par le développement de son

abdomen, elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 5 juillet 1882.

Elle fut interrogée dans cet hôpital par plusieurs médecins dont la science et le mérite ne sont pas discutables ; mais, sans doute à cause des renseignements fournis par la malade, et peut-être aussi par suite de la rapidité d'un premier examen, le diagnostic porté fut : *kyste ovarique* ou *tumeur fibro-kystique de l'utérus*. On agita même l'éventualité possible d'une opération.

Dans la journée du lendemain (6 juillet), Marie Le M... ressentit dans le bas-ventre de violentes douleurs expulsives qui s'accentuèrent rapidement et s'accompagnèrent, peu après, d'un écoulement séreux abondant. Il n'était plus guère douteux qu'un accouchement se préparait, et la malade fut transportée dans le service de la crèche. Elle mit au monde, à 6 h. du soir, un enfant mâle, vivant, bien constitué.

L'écoulement sanguin et les lochies qui suivirent la parturition n'offrirent rien d'anormal et durèrent environ une douzaine de jours. L'enfant fut nourri au sein par sa mère.

Lorsque nous examinons Marie Le M..., elle se trouve bien portante, n'a pas d'écoulement vaginal ; elle ne tousse pas et ses fonctions digestives sont parfaites.

L'utérus est revenu sur lui-même et nullement douloureux. Le ventre est flasque, indolore dans toute son étendue. Les seins volumineux sécrètent un lait de très bon aspect.

A l'auscultation du thorax, nous constatons que le murmure vésiculaire est normal dans toute l'étendue des deux poumons ; cependant il existe un peu de respiration légèrement soufflante au sommet droit sous la clavicule. Ce signe a peu de valeur, vu le côté du thorax où on le constate, et l'absence de toute matité au même niveau.

On entend à la région précordiale un léger souffle systolique dont le maximum est à peu près à égale distance de la base et de la pointe.

Les urines sont normales, pas de syphilis.

La nommée Marie Le M..... vient nous consulter le 22 janvier 1883, pour quelques phénomènes nerveux et une douleur assez vive dans la région inguinale gauche. Voici ce que nous avons constaté comme complément à l'observation recueillie pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu.

Depuis son accouchement qui a eu lieu en juillet 1882, Marie Le M..., bien qu'elle ait cessé depuis plusieurs mois de nourrir son enfant, n'a revu aucun écoulement sanguin menstruel; elle a des pertes blanches continuelles, sans paroxysmes, sans molimen périodique.

Elle est enrouée et tousse un peu depuis quelque temps; elle est pâle, a maigri et éprouve des palpitations cardiaques fréquentes. Elle a eu, il y a une quinzaine de jours, une crise hystériforme assez accentuée.

Elle souffre un peu dans le bas-ventre, mais principalement dans la région inguinale gauche.

A l'auscultation nous constatons les mêmes phénomènes respiratoires; la sonorité pulmonaire est normale. Au niveau du cœur nous trouvons toujours le souffle systolique que nous avons signalé; il ne nous paraît pas produit par une lésion organique.

Au toucher on trouve l'utérus gros, le col ulcéré, parsemé de saillies folliculaires; l'utérus, délimité par la palpation unie au toucher, est augmenté de volume et douloureux à la pression. Il existe un peu de rénitence dans le cul-de-sac latéral gauche.

Peut-être chez cette femme pourrait-on incriminer son tempérament lymphatique, mais en dehors des abcès cervicaux signalés dans l'enfance, nous ne trouvons pas chez elle assez de symptômes de scrofule ou de tuberculose (suivant les idées adoptées sur la nature des lésions ganglionnaires cervicales), pour rien affirmer à cet égard. Nous avons d'ailleurs relevé les conditions d'hérédité paternelle au point de vue de la tuberculose. Sans doute, on trouverait une explication plus rationnelle de son aménorrhée dans cet état général atonique, sans réaction, qui a permis à la grossesse de se développer, tout en restant ignorée de la malade elle-même, et dans l'anémie que revèlent la pâleur des téguments et le souffle doux systolique perçu au centre de la région précordiale.

Nous relaterons encore un certain nombre d'observations analogues empruntées à divers auteurs, et deux observations personnelles, dans lesquelles on trouvera signalées plusieurs des particularités les plus importantes sur lesquelles nous avons insisté dans différentes parties de ce travail.

Observation XVI (de J.-G. Sommerius) (1).

Dans un village d'Allemagne, la fille d'un paysan, nommée Anna Barbara Kunzin qui, pendant plusieurs années, jusqu'à l'âge de 28 ans, servit comme domestique dans une famille aussi noble par son origine que par ses vertus, épousa un paysan et mit au monde successivement trois fils doués d'une parfaite santé.

On dit que cette femme n'eut *jamais d'écoulement menstruel*, ni pendant qu'elle était encore vierge, ni pendant sa vie de femme mariée, ni jusqu'à sa mort, et bien plus, que pendant ses trois accouchements elle n'eut à aucun moment de pertes d'aucune sorte, pas plus de sérosité que d'aucun autre liquide.

Cette femme accoucha donc, non seulement sans les symptômes qui accompagnent d'ordinaire la parturition, mais aussi sans la perte de forces qui succède d'ordinaire à cet acte ; aussi reprit-elle ses occupations beaucoup plus tôt que les femmes n'ont coutume de le faire après l'accouchement à cause de la perte de sang.

Il s'écoula, à la section du cordon des enfants de cette femme, une quantité normale de sang. Cette femme eut toujours, avant comme après l'accouchement, un ventre volumineux, et mourut à 48 ans d'une fièvre tierce.

Nous relevons dans l'histoire de cette femme un fait sur lequel nous avons appelé déjà l'attention et qui nous paraît mériter que nous nous y arrêtions de nouveau quelques instants. Nous voulons parler de l'absence d'écoulement sanguin à la suite de l'accouchement. S'il est permis d'élever quelques doutes au sujet de l'absence *totale* de sang pendant la couche, nous trouvons du moins signalée, dans un assez grand nombre de cas, la faible quantité de l'hémorrhagie qui suit la délivrance; *Sommerius*, *Pierre Franck* (de Pavie) ont mentionné le fait, ainsi que *Marcellus Donatus* (*Loc. cit.*); nous l'avons consigné nous-même dans les observations VII, XIII et XXI. Ne peut-on le considérer comme une preuve du peu de vas-

(1) In *Ephemeridum Germanicarum*; annus primus. 1682.

cularité de l'utérus chez les femmes aménorrhéiques dont nous avons parlé, et aussi de la difficulté qu'éprouve la muqueuse de cet organe à fournir un écoulement sanguin. Si le traumatisme de la parturition ne détermine chez ces femmes qu'une hémorrhagie insignifiante, ne s'explique-t-on pas aisément comment l'excitation, partant de l'ovaire au moment de la ponte spontanée est, à plus forte raison, impuissante à produire le flux des règles? Chez quelques-unes, elle déterminera une hypersécrétion leucorrhéique, et l'on verra apparaître les règles blanches; chez d'autres enfin, elle s'épuisera sans qu'aucun écoulement ne se produise.

Observation XVII (du Dr Bouis, rapportée par Brierre de Boismont).

Mme V. L.., née avec un tempérament lymphatique, fut sujette jusqu'à l'âge de 17 ans, à des ophthalmies fréquentes assez tenaces, et à des engelures en hiver. Malgré cette indisposition, sa santé se conserva bonne, tandis que ses deux sœurs périrent de la poitrine, à 25 et 30 ans.

Elevée avec rudesse par son père qui lui faisait remplir les fonctions de garde-magasin, son organisation primitive se modifia et son tempérament devint lymphatico-sanguin. Elle avait 21 ans quand on la maria, et jouissait alors d'une excellente santé ; elle était grasse, vive, gaie, mais ses règles n'avaient point encore paru, ce qui surprit beaucoup son mari. Cette rétention ne lui occasionna aucune incommodité pendant la durée de son mariage ; elle eut seulement quelques accidents nerveux sans gravité ; mais le fait capital, c'est qu'elle donna le jour à trois filles, dont deux sont encore vivantes et bien réglées.

Quant à Mme L..., ses menstrues ne se sont jamais montrées ; elle avait de temps en temps un *écoulement leucorrhéique* qui offrait parfois une légère teinte roussâtre ou jaune foncé ; *l'irrégularité* et la petite proportion de cet écoulement nous paraissent deux motifs suffisants, dit le Dr Bouis, pour ne pas le regarder comme un vestige de menstruation.

L'âge critique de Mme L.. s'est passé sans malaise, sans souffrance, malgré des chagrins multiples.

OBSERVATION XVIII (de Brierre de Boismont).

Mme La..., sage-femme de l'École de Paris, n'avait encore ressenti aucun des symptômes de la menstruation lorsqu'elle fut mariée : elle avait quinze ans et demi. Pendant un an, aucun écoulement ne parut ; à cette époque elle devint enceinte et accoucha à 17 ans sans que ses règles se fussent montrées. Presque immédiatement après sa couche elle eut une perte ; depuis ce moment elle ne vit plus, jusqu'à 20 ans. Son mari étant mort, elle en éprouva un si vif chagrin qu'elle eut une nouvelle perte.

Pendant les deux ans qu'elle passa à la Maternité de Paris, aucun écoulement sanguin n'eut lieu ; mais la période utérine se révélait par plusieurs signes. Elle avait, un ou deux jours, une légère diarrhée, son caractère devenait triste, maussade ; quelques *flueurs blanches* apparaissaient, puis tout rentrait dans l'état habituel.

A 22 ans, cette dame se maria de nouveau, et redevint enceinte. Durant les trois premiers mois de sa grossesse, elle vit quelque peu, puis elle accoucha d'une fille bien portante. La délivrance fut marquée, comme la première fois, par une perte. Elle fut ensuite deux ans sans être menstruée. Au bout de ce temps une violente émotion détermina une hémorrhagie.

De 23 à 37 ans, cette dame eut trois autres couches, lesquelles ont présenté des intervalles de quatre et six ans ; jamais, durant ce laps de temps, les règles ne se sont montrées. Tous les mois, Mme L... éprouve les phénomènes que nous avons indiqués ; elle n'est pas autrement malade.

Cette dame, née en Flandre, est d'une taille ordinaire, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin ; elle est fortement colorée et tous ses traits révèlent la santé. Trois de ses enfants sont vivants et paraissent bien constitués.

Nous retrouvons encore, dans cette observation, les phénomènes de flux menstruel pendant la gestation (deuxième grossesse) chez une femme aménorrhéique avant de concevoir, et aussi le molimen périodique et les règles blanches durant l'état de vacuité de l'utérus ; nous n'y insisterons pas davan-

tage. L'observation suivante fournit encore un exemple du même genre.

OBSERVATION XIX (de Flechner, de Vienne) (1).

A. S... a eu ses règles à l'âge de 14 ans ; la menstruation, au commencement, régulière, se supprima pendant neuf mois, pendant lesquels on observa des *phénomènes chlorotiques* suivis d'un état fébrile qui dura quelques semaines. Dans la convalescence, la menstruation se manifesta de nouveau et resta régulière pendant plusieurs années, si ce n'est qu'elle était souvent accompagnée de congestion vers la tête et les poumons.

S... se maria à l'âge de 22 ans, devint enceinte et mit au monde un enfant bien portant; elle ne put nourrir que quelques mois, car la sécrétion de lait, peu copieuse dans le principe, se supprima bientôt.

A la place de la menstruation, qui était alors complètement nulle, on observa *périodiquement* des accès plus ou moins violents de céphalalgie avec un sentiment de chaleur au front et aux pariétaux, accompagné d'anxiétés, de battements de cœur, de dyspnée et même d'asthme.

Deux années plus tard, elle devint de nouveau enceinte, accoucha très heureusement, et, comme après la première grossesse, la menstruation fut *remplacée* par des phénomènes morbides qui revinrent *régulièrement* tous les mois.

C'est ainsi que, dans un espace de treize ans, cette femme, aujourd'hui âgée de 35 ans, mit au monde six enfants, sans qu'il se soit manifesté le moindre vestige de la menstruation ou de toute autre sécrétion qui aurait remplacé celle-ci.

Dans ce cas, l'influence pathogénétique de la chlorose à l'égard de la première période d'aménorrhée est des plus évidentes. Il semble d'ailleurs probable que la santé générale n'avait pas dû se rétablir d'une façon bien parfaite, puisque nous voyons la lactation être presque nulle après le premier accouchement, et se supprimer même rapidement. La

(1) In *Medicinische Jahrbuch des Osterreichischen Staates*, vol. XXX.

fatigue, résultant de la gestation et de l'allaitement tenté pendant plusieurs mois, en dépit du fonctionnement pénible des glandes mammaires, est venue, sans aucun doute, se surajouter à l'état d'anémie préexistant et a placé, dès lors, la malade dans l'impossibilité de fournir la moindre hémorrhagie mensuelle sous l'influence de l'ovulation périodique, nettement accusée d'ailleurs, par un molimen régulier et par des grossesses multiples.

Dans les observations suivantes, la cause de l'aménorrhée a passé inaperçue ou n'a pas été mentionnée; nous les reproduisons néanmoins à titre de documents pour l'histoire de la conception en l'absence des règles. Les deux cas que nous avons recueillis nous-même fournissent, du reste, un exemple de plus du molimen hémorrhagipare de l'ovulation retentissant sur l'utérus, sans parvenir à déterminer une hémorrhagie au niveau de sa muqueuse.

(*A suivre.*)

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

**Hémorrhagie dans un kyste ovarien.** — M. Robert Barnes présente les pièces d'un kyste ovarien dans lequel s'est faite une hémorrhagie.

**Mode de séparation et d'expulsion du placenta.** — M. Champneys fait deux démonstrations expérimentales pour montrer : 1° le mode de séparation du placenta (*a*) par contraction de la région placentaire, comme dans le travail normal (*b*), par expansion de la région placentaire, comme dans le placenta prævia ; 2° l'avantage mécanique qu'il y a à ce que le placenta se présente par ses parties latérales.

**Tumeurs ovariennes et utérines.** — M. Meadows présente une tumeur ovarienne volumineuse, enlevée en même temps que l'autre

ovaire, l'utérus et un fibrome pesant 6 livres et demie, chez une femme de 65 ans.

**Fibrome utérin sphacélé.** — M. Gervis présente un fibrome volumineux qui s'est sphacélé tout d'un coup et complètement. Il y avait en même temps un pyosalpinx double, et la mort avait été causée par péritonite résultant de la rupture d'une trompe.

**Faux hermaphrodisme.** — M. A. Chalmers présente les organes génito-urinaires d'un enfant du sexe féminin dont le sexe était resté douteux pendant la vie.

**Môle hydatiforme.** — M. A. Duncan présente une môle hydatiforme qu'il a enlevée chez une femme âgée de 51 ans. La malade avait des hémorrhagies depuis trois mois, sans symptômes de grossesse.

**Tumeurs utérines et ovariennes.** — M. Knowsley Thornton présente une tumeur utérine molle et une tumeur ovarienne qu'il a enlevées chez une femme de 56 ans ; il présente en outre un kyste ovarien très congestionné par suite de la torsion du pédicule, qu'il enleva au cours d'une péritonite aiguë ; il croit que dans la pièce de M. Barnes l'hémorrhagie résultait de la torsion du pédicule.

M. Lawson Tait est de cet avis. Ces torsions s'observent surtout dans les tumeurs situées à droite, et dépendent de l'action du rectum.

**Polype fibrineux.** — M. Griffith présente un utérus contenant un polype fibrineux de 6 centimètres de long, formé de caillots sanguins organisés et adhérents. Rien ne pouvait faire supposer l'existence d'une grossesse récente. La malade est morte de la rupture d'un abcès périnéphrétique.

**Du bassin cyphotique.** — M. Champneys fait une communication sur ce sujet. Il donne l'analyse de trente-deux accouchements faits chez vingt femmes, en indiquant la présentation, les changements pendant le travail, les mensurations de la tête fœtale et celles du bassin, les procédés chirurgicaux employés, les résultats pour la mère et l'enfant. Il résume en outre l'opinion des différents auteurs sur ce sujet. Enfin il arrive aux conclusions suivantes : Les présentations de la tête, surtout en position occipito-iliaque droite, sont plus fréquentes que d'habitude, les positions transverses sont communes, les cas de rotation postérieure sont rares. La fréquence comparative des

positions occipito-postérieures est probablement due à la présence d'un obstacle qui empêche la rotation de la tête en avant, dans les troisièmes positions, qui sont très communes. L'accouchement prématuré spontané n'est pas rare. La mortalité fœtale immédiate a été de 40,6 pour 100, celle de la mère de 28,1 pour 100, mais l'auteur regarde ce chiffre comme trop élevé, car on n'a pas compris dans le chiffre total un grand nombre de cas, qui n'ont présenté aucune gravité. Quant au traitement et au pronostic, il donne les conclusions suivantes : 1° dans un accouchement chez une primipare, s'il y a présentation de la tête, il faut attendre et agir selon les circonstances, c'est-à-dire faire une application de forceps, la craniotomie ou l'opération césarienne ; 2° chez une multipare, où il est permis de soupçonner le fait, par suite d'accouchements antérieurs, on provoquera l'accouchement prématuré : 3° il n'existe pas de chiffres de mensuration qui peuvent donner une indication certaine du forceps, de la version, de l'opération césarienne, ou de la date à laquelle on doit faire l'accouchement prématuré ; 4° la mobilité des jointures pelviennes est d'un pronostic plus favorable qu'on ne pourrait le supposer, d'après le résultat des mensurations ; 5° il est probable que souvent la tête se place transversalement ou obliquement, mais presque jamais antéro-postérieurement ; 6° chaque accouchement laborieux augmente les prédispositions de l'utérus à la rupture.

M. Roper fait remarquer que le mécanisme décrit par M. Champneys ressemble à celui du travail chez les animaux inférieurs qui n'ont pas d'arcade pubienne, le fœtus passant toujours derrière les tubérosités ischiatiques. Cette diminution de la courbure dans l'axe pelvien diminue un peu les difficultés du travail. Dans le cas de cyphose, la capacité verticale de l'abdomen est diminuée, aussi l'utérus est repoussé en avant, ce qui constitue pour le fœtus une difficulté pour s'engager dans l'excoriation.

**Myôme utérin. — Pathologie. — Traitement.** — M. Lawson Tait pense que le terme myôme utérin devrait toujours être employé au lieu de celui de fibrome utérin, qui est incorrect. Le développement du myôme utérin est limité à la période de vie sexuelle; il est sous l'influence de la fonction menstruelle, et il est probable que l'on en trouvera la cause première dans une perturbation de l'élement nerveux qui préside à cette fonction. La présence d'un myôme retarde indéfiniment la ménopause. La menstruation et l'ovulation sont,

d'après lui, deux fonctions complètement indépendantes l'une de l'autre, qui pourraient peut-être avoir un but commun. L'enlèvement des ovaires est souvent sans influence sur la menstruation, tandis que celui des trompes a toujours un retentissement sur elle. Dans un cas où il enleva les ovaires, les trompes et une partie du fond de l'utérus, la menstruation a continué pendant plus d'une année.

Il rejette la subdivision des myômes en sous-muqueux, interstitiels et sous-péritonéaux.

Au point de vue médical et chirurgical, il propose de les diviser en nodulaires et concentriques.

Ces derniers consistent en une hypertrophie uniforme du tissu musculaire de l'utérus au milieu duquel se trouve sa cavité ; dans cette forme, le tissu est mou, et d'habitude très œdémateux. Il propose en outre de subdiviser les myômes nodulaires en deux sous-variétés : les uninodulaires et les multinodulaires.

Il pense que chaque nodule possède un rameau artériel central, et qu'ainsi son développement est endogène, les tiseus les plus anciens se trouvant par conséquent les plus extérieurs.

Ce qui prouve que ces tumeurs sont sous la dépendance directe de la fonction menstruelle, c'est qu'elles cessent de s'accroître et même qu'elles disparaissent complètement, quand la menstruation est supprimée. Dans plusieurs cas on a observé ce fait après l'enlèvement des trompes. L'auteur a traité 54 myômes utérins par l'enlèvement des annexes de l'utérus, et n'a eu que 3 morts, c'est-à-dire 5,5 p. 100, ce qui contraste singulièrement avec les résultats qu'on obtient par l'hystérectomie. Parmi ces 51 succès, dans 38 cas on a pu surveiller les suites de l'opération qui ont toujours été favorables. Dans 3 cas, les tumeurs étaient malignes ou le devinrent. Dans 3 autres, les tumeurs continuèrent à s'accroître, bien que la menstruation ait été arrêtée. Il suppose que celles-ci étaient fibro-kystiques ou que le myôme était de la variété concentrique ; or dans ces cas, l'enlèvement des annexes est toujours inutile.

M. Gervis est d'accord avec M. Tait sur le retard apporté à la ménopause dans ces cas. Il désirerait avoir des preuves plus nombreuses de l'influence qu'ont les trompes sur la menstruation.

M. Herman a publié un cas dans lequel un polype fibrineux ne manifesta sa présence que seize ans après la ménopause.

Quant aux malades dont M. Tait a rapporté les observations, il est de la plus grande importance de savoir ce qu'elles sont devenues

après l'opération, car il arrive souvent que celles qui n'en ont pas éprouvé de bénéfices ne retournent pas voir le chirurgien : c'est probablement pour cela que M. Tait a pu nous montrer des résultats qui sont trop beaux pour être réels.

M. Dewar demande à M. Tait si ce dernier avait soin de lier l'artère utérine, et s'il n'était pas dangereux d'enlever les trompes et de laisser les ovaires. Il a observé un cas où l'on enleva les annexes de l'utérus, et malgré cela l'on fut obligé plus tard de faire l'hystérectomie, en raison des hémorrhagies qui se produisaient.

M. Meadows préfère conserver la classification actuelle des tumeurs fibreuses, plutôt que d'adopter celle proposée par M. Tait, parce que la première repose sur des caractères cliniques et est d'une grande valeur pratique pour le diagnostic et le traitement. Il pense que ce sont les ovaires et non les trompes qui sont les facteurs les plus importants dans l'acte de la menstruation. Dans un cas, il a enlevé les ovaires et laissé les trompes, et la menstruation a cessé. Il y a, d'après lui, beaucoup d'exceptions à la règle que les fibromes utérins s'arrêtent dans leur développement après la ménopause. Cependant, malgré la mortalité élevée qu'on observe après l'hystérectomie, il préfère encore cette opération à l'enlèvement des ovaires.

M. Lawson Tait dit que les cas de développement de myômes utérins après la ménopause ne doivent être acceptés qu'après mûr examen. L'enlèvement des ovaires a pu quelquefois arrêter la menstruation, mais cela a été exceptionnel. Jamais il n'a lié l'artère utérine, ce qui est une opération très difficile.

(*Séance du 4 juillet* 1883.)

Paul Rodet.

---

# REVUE DES JOURNAUX

**Réglementation et répression de la prostitution.** — Le Dr Frédéric Sturgis vient de lire un travail sur ce sujet à l'Académie de médecine de New-York. Il ne veut pas embrasser toute la question de la prostitution, qui est trop vaste pour être étudiée en une seule fois, il se bornera aux trois points suivants :

1° Causes de la prostitution ;

2° Nécessité de la réglementer ;

3° Résultats obtenus par les lois existantes.

Avant tout il est indispensable de définir le terme de prostituée.

La plupart du temps on l'applique aux femmes qui se vendent pour gagner leur vie et qui ne voient dans ce métier autre chose que de faire une affaire. Aussi si l'on employait ce mot dans ce sens restreint, on exclurait ainsi toute une catégorie très nombreuse d'impures, qui se trouve être la plus importante au point de vue de la répression de la prostitution.

En Amérique les statistiques de la prostitution sont peu nombreuses, et cependant l'on se trouve en présence d'un mal social grave, qui va en s'accroissant surtout dans les grandes villes. Aussi la nécessité de sa répression s'impose de plus en plus.

Le seul travail publié sur ce sujet est celui de Sauger, qui mérite d'être cité avec éloges pour les faits nombreux et importants qu'il y a accumulés.

1° *Causes de la prostitution.* — D'après presque tous les auteurs, la première chute de la femme est due à un amour mal placé. M. Acton reconnaît un nombre de causes assez varié dont la principale est la séduction. Puis vient l'instinct sexuel, la dépravation naturelle, la paresse, l'amour du plaisir, la pauvreté, l'absence de famille et l'effet de certaines occupations. Le Dr Sturgis après avoir énuméré l'opinion des auteurs français et anglais dit que sur 2,000 prostituées qu'il a interrogées sur ce sujet, 513 attribuaient leur chute à un amour malheureux, 525 à l'abandon, 258 à la séduction, 181 à la boisson, 164 aux mauvais traitements subis dans leur famille, 124 au désir d'avoir une vie facile, 84 à l'influence de mauvaises fréquentations. C'est là un des points les plus intéressants dans la série des recherches qu'il a entreprises, et ce qu'il y a de très remarquable, c'est que plus d'un quart des femmes lui ont répondu qu'elles se livraient à la prostitution simplement pour la satisfaction de leur passion. Une pareille réponse implique chez la femme une dépravation innée, que l'on ne peut admettre, et il est fort probable qu'il a dû y avoir, chez ces créatures, d'autres influences qu'elles ne veulent pas avouer. On a bien rarement l'occasion d'observer, dans la catégorie des femmes vertueuses, l'intensité du désir sexuel poussé à ses dernières limites. Presque invariablement, c'est l'homme qui est l'agent agressif, et c'est lui qui est le plus coupable, d'après ce qu'on a noté en France, en Angleterre et en Amérique. Aussi le Dr Sturgis place l'influence

néfaste de l'homme comme première grande cause de la prostitution.

En second lieu, du moins en Amérique, il range l'amour de la toilette. Dans ce pays, le luxe va en effet en augmentant toujours dans toutes les classes, ce qui détermine tant de gens à jouer et à faire de la spéculation.

Quant aux femmes, il n'est pas rare de les voir se livrer à la prostitution pour se procurer un genre de luxe spécial qu'elles ne peuvent avoir autrement.

En troisième lieu se place l'absence des conseils de la famille.

En quatrième lieu vient l'agglomération d'habitants dans une même maison. C'est là une des causes admises par tous les statisticiens et contre laquelle le gouvernement américain médite une loi qui permettra de réagir contre cette habitude de s'entasser dans un même local.

En cinquième lieu se place l'accroissement continu du luxe. Mais ceci regarde surtout les prostituées des classes élevées, et l'auteur a remarqué que c'était précisément celles-là qui étaient le plus souvent atteintes de syphilis.

Telles sont les principales causes assignées à la prostitution ; mais il est bien évident qu'on les rencontre presque toujours réunies par une sorte de filiation. Par exemple l'homme sera primitivement responsable de la prostitution d'une femme, puis l'amour de la toilette se développe chez cette femme, car son métier de prostituée l'oblige à être aussi attrayante que possible. Cependant bien souvent ce désir de plaire a été, pour beaucoup de femmes qui se trouvaient sur le bord du précipice, la cause déterminante qui les a fait glisser jusqu'au fond.

2° *Nécessité de la réglementation.* — L'opposition que l'on a faite à l'établissement d'une réglementation de la prostitution s'appuie sur trois motifs :

1° C'est qu'on a tort de s'occuper d'une pareille calamité ;

2° C'est qu'il est préférable de laisser le mal atteindre son summum de façon que ceux qui en seraient atteints en éprouveraient l'action funeste et qu'ainsi il s'éteindrait de lui-même ;

3° Que dans les pays où une réglementation existe, on n'a pas obtenu les résultats satisfaisants sur lesquels on comptait.

Mais pour se convaincre que la réglementation s'impose d'une ma-

nière absolue, il faut fixer d'une façon approximative le nombre des prostituées qui existent à New-York.

Le Dr Sauger dit qu'en 1857, quand la population était de 700,000 habitants il y avait 6,000 prostituées, ce qui donne la proposition de 1 pour 117 habitants.

Aujourd'hui ce nombre est évidemment singulièrement augmenté. Le Dr Sturgis cherche ensuite à établir le degré de fréquence de la syphilis, à New-York, d'après les statistiques des hôpitaux et des dispensaires. Puis il fait remarquer quel changement il a observé chez les femmes syphilitiques de l'hôpital de la Charité, depuis onze ans qu'il a le service des vénériennes. A cette époque les femmes avaient de 35 à 40 ans et n'étaient atteintes que de chancre mou ou de lésions syphilitiques anciennes.

Depuis trois ou quatre ans au contraire, les malades sont bien plus jeunes et sont atteintes d'affections contagieuses et infectieuses. Ces femmes jeunes ont évidemment plus d'attraits et constituent par conséquent, un danger bien plus sérieux pour la société. Parmi les prostituées des hautes classes, la syphilis est extrêmement commune, ce qui permet de se rendre compte de l'augmentation de la syphilis, qui a été notée dans les familles privées.

Bien souvent un homme marié communique la syphilis à sa femme, sans que celle-ci s'en aperçoive. Bien souvent aussi des célibataires introduisent la maladie dans leur famille, sans y prendre garde. Il y a donc là un danger contre lequel il faut prendre des mesures pour arriver à le faire disparaître.

3° *Résultats dus à la réglementation.* — En Angleterre, la réglementation n'existe que dans les ports de mer et les villes de garnison, mais les autres nations européennes ont pris des mesures plus générales. En France, la réglementation a été instituée par Napoléon Ier, dans le but de protéger son armée, et depuis elle a toujours existé. En Allemagne, elle est en vigueur depuis au moins aussi longtemps, mais en Italie l'adoption en est plus récente.

En Angleterre, les hommes comme les femmes sont soumis à l'examen, et on a constaté que la syphilis avait diminué d'une façon marquée dans les villes où l'on agissait ainsi. En France et en Italie la réglementation a eu pour résultat d'augmenter le nombre des prostituées clandestines qui représentent la source du danger la plus grande, au point de vue de la propagation de la syphilis. Après avoir décrit la réglementation en vigueur à Paris, le Dr Sturgis dit qu'il

serait impossible d'édicter de semblables lois en Amérique, pour le moment, parce que l'opinion publique y est formellement opposée, et que tout le monde considère comme parfaitement juste qu'une femme a le droit de faire de son corps ce que bon lui semble. Malgré cela on peut arriver à faire beaucoup de bien. Dans les lupanars de premier ordre, les femmes se soumettent d'elles-mêmes à un examen médical une fois par semaine, et peut-être pourrait-on répandre cette pratique. A l'hôpital de la Charité, il était de règle autrefois que les malades, en traitement pour une maladie vénérienne, ne pouvaient quitter l'hôpital que lorsque le médecin avait jugé qu'ils étaient complètement guéris, mais depuis six ans cette règle a été abolie, grâce à l'influence de philanthropes aussi idiots que remplis de bonnes intentions. Car, il est bien évident que c'était là le meilleur moyen de diminuer la syphilis dans les basses classes. Le Dr Sturgis signale ensuite un résultat particulier, qui a été constaté en Europe à la suite de la réglementation, c'est qu'elle tendait à la dépopulation du pays, puisqu'à mesure qu'elle avait été appliquée rigoureusement, le nombre des mariages avait décru. En Amérique ce serait là un danger à échéance trop éloignée pour qu'il mérite de s'y arrêter. (*Boston médical and Surgical Journal*, 29 mars 1883, p. 301.)

Paul RODET.

---

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

## (GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

*Traité clinique de l'inversion utérine*, par P. DENUCÉ, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Paris, 1883, 1 vol. in-8° de 645 pages, avec 103 fig. Prix : 12 fr. — Paris. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

*Accouchement trigémellaire suivi d'éclampsie puerpérale*, par PERCY BOULTON. (*The Lancet*, 3 mars 1883, p. 361 )

*Grossesse extra-utérine suivie de l'expulsion d'os fœtaux par la vessie, avec fistule utéro-vésicale permanente*, par SYMONDS. (*The Lancet*, 10 mars 1883, p. 405.)

*Deux cas de placenta prævia*, par MACKENSIE BOOTH. (*British med. Journal*, 28 avril 1883, p. 810.)

*De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus*, par MACAILLE. (Thèse de Paris.)

*Remarques sur la chirurgie réparatrice des voies génitales*, par MONTROSE PALLEN. (*British med. Journal*, 5 mai 1883, p. 852.)

*Rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement*, par RAMBAUD. (Thèse de Paris.)

*Contribution sur un cas d'expulsion partielle de caduque pendant la grossesse, non suivie d'avortement*, par LANDA. (Thèse de Paris.)

*Des avortements sanglants et non sanglants*, par UMINSKI. (Thèse de Paris.)

• *Contribution à l'étude des abcès des trompes utérines*, par BARDET (Thèse de Paris.)

*Contribution à l'histoire des rétrécissements du bassin par double luxation congénitale de la hanche*, par le Dr MONTAZ. (*Lyon méd.*, 10 sept. 1882.)

*Des limites de l'opération appelée laparo-élytrotomie*, par le Dr POLK. (*New-York med. Journal and obstetr. Rev.*, mai 1882.)

*Sur la sonde uterine*, par le Dr SIMPSON. (*Edimbourg med. Journ.*, août 1882.)

*Observations cliniques sur la dystocie causée par les rétrécissements du bassin*, par le Dr WINCKEL. (*Centralblatt für Gynäk.*, 21 oct. 1882.)

*Cas de présentation de l'épaule négligée où il fut établi que la patiente avait arraché le bras qui faisait saillie*, par le Dr WOLCZYNSKI. (*Centralblatt für Gynäk.*, 28 oct. 1882.)

*Sur un colpeuryse intra-utérin*, par le Dr SCHANTA. (*Centralblatt für die Gesammte Therapie.*, 1er janvier 1883, p. 1.)

*Du tétanos obstétrical et des contractions tétaniformes*, par le Dr GARRIGUES. (*American Journal of obstetrics*, octobre 1882, p 769 )

*De l'emploi des injections d'eau chaude en gynécologie*, par le Dr SCHENCK. (*American Journal of obstetrics*, juillet 1882, p. 813.)

*Fistule uréthro-vaginale*, par le Dr NICOLADONI. (*Wiener med. Wochensch.*, n° 14, 1882.)

*Du moment favorable pour l'extraction du placenta et des moyens de prévenir l'hémorrhagie post partum*, par le Dr WILSON. (*Americ. Journal of obst.*, octobre 1882, p. 819.)

*Rupture de l'utérus*, par le Dr Joseph REISZ. (*Wiener med. Woch.*, n° 22, 1882.)

*Des soins à donner aux seins*, par le Dr Thomas GAUNT. (*Amer. Journ. of obstetr.*, octobre 1882, p. 823.)

*Fibrome du ligament rond gauche*, par le Dr KLEINWÆCHTER. (*Zeitschrift für Geb. und Gynäk.*, VIII, 1.)

---

*Le gérant :* A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur. 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1883

# TRAVAUX ORIGINAUX

## INTRODUCTION DU MANUEL DU Dr WINCKEL

Professeur à la Maternité de Dresde.

SUR

## LA PATHOLOGIE ET LA THÉRAPEUTIQUE DES SUITES DE COUCHES

*Traduit de l'allemand par le Dr* A. Ribemont-Dessaignes, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris, accoucheur de l'hôpital Tenon.

On trouverait difficilement dans la vie de la femme, en dehors des suites de couches, un état qui fût à un plus haut degré voisin de l'état de santé et de maladie tout à la fois.

De plus, aucun processus ne montre plus clairement que nulle limite tranchée n'existe entre la physiologie et la pathologie ; et surtout que ces conceptions sont seulement relatives, comme l'est d'ailleurs en lui et pour lui-même chaque stade physiologique du développement de la femme.

La rapidité et l'énormité des changements qui se produisent alors dans l'état général, et dans toutes les fonctions ; les

métamorphoses qui s'accomplissent alors, la part qu'y prennent de nombreux organes, la transformation totale même de ceux-ci, qui s'opère régulièrement pendant les suites de couches, rendent fréquente et facile la production de troubles dans un semblable processus et font comprendre combien il est difficile de délimiter la maladie proprement dite de l'état de santé.

Il n'est donc pas étonnant qu'encore aujourd'hui les opinions émises sur les suites de couches diffèrent si complètement l'une de l'autre, et que tel phénomène, qu'en toute autre occasion on considérerait comme pathologique, rentre pour beaucoup d'auteurs dans le champ physiologique de la puerpéralité.

La marche à suivre pour fixer une définition conventionnelle de la santé et de la maladie lorsqu'il s'agit des suites de couches est toute tracée: elle consiste à étudier exactement toutes les circonstances et les phénomènes au milieu desquels une nouvelle accouchée présente un bon état subjectif et un état physique tel que l'on puisse en conclure non seulement à un état suffisant de chaque organe, mais encore à un heureux développement de ceux-ci. En ces derniers temps, de grands progrès ont été faits dans cette voie. Nous devons entrer dans quelques détails relativement à ces progrès, car ils ne sont consignés que d'une façon incomplète dans la plupart des traités d'accouchements ; or ils sont d'une haute importance pour le diagnostic des accidents pathologiques des suites de couches.

Jetons un regard rapide sur les symptômes subjectifs qu'offrent les accouchées bien portantes, tels qu'ils sont établis jusqu'ici, et considérons d'abord l'état normal des organes génitaux externes et internes pendant les suites de couches.

Le fond de l'utérus se trouve, immédiatement après l'accouchement, un peu au-dessus de l'ombilic; quelques heures après, on le trouve remonté jusqu'à son niveau.

A partir de ce moment, la diminution générale de l'organe fait des progrès si rapides qu'au bout de cinq ou six jours le

fond de l'utérus dépasse à peine de la largeur de la main le bord supérieur de la symphyse pubienne, et que du dixième au quatorzième jour il est rentré dans la cavité du petit bassin.

L'orifice externe du col, d'abord largement béant, se ferme peu à peu. Sa partie vaginale se détache progressivement des culs-de-sac vaginaux et en 4 à 6 semaines elle récupère sa longueur première.

Nous reviendrons en détail sur la situation de l'utérus pendant cette période d'involution dans le chapitre II.

Pendant les dix à quatorze premiers jours, les lèvres de l'orifice externe du col sont fortement érodées, et offrent des déchirures qui à la longue se cicatrisent.

Les lèvres ne sont entièrement unies et sans érosion que chez un petit nombre seulement (8 à 10 p. 0/0) d'accouchées complètement bien portantes. D'après les excellentes recherches de Friedlaender (1) on ne peut plus mettre en doute que la séparation de l'œuf au moment de l'accouchement se fasse dans la couche de cellules propres de la caduque vraie, de telle sorte qu'une partie de celle-ci et la couche glandulaire demeurent adhérentes à l'utérus. D'après cela, on le voit, aucune couche superficielle d'épithélium ne recouvre ce reste de muqueuse utérine; il existe donc au niveau du tissu cellulaire une plaie qui offre manifestement une grande facilité aux résorptions. L'examen de l'utérus pendant la première semaine de la puerpéralité montre qu'il existe une dégénérescence graisseuse de l'épithélium et du tissu cellulaire.

La couche de cellules disparaît complètement en huit jours environ.

Dans la deuxième semaine, la muqueuse est très amincie, sa surface libre montre déjà une couche d'épithélium continu.

Dans la troisième semaine, celle-ci ne fait plus défaut qu'au

(1) Friedlænder Carl. *Physiolog.-anatomische Untersuchungen ueber den uterus*, mit 2 Tafen Abbildungen. Leipsig. 8. 57 S.

niveau des thromboses des vaisseaux correspondant à l'insertion placentaire; dans la quatrième semaine on ne trouve plus un point dépourvu d'épithélium. La muqueuse a 2 à 3 mm d'épaisseur, les tubes glandulaires sont plus allongés, l'épithélium est cylindrique.

L'organisation des thrombus dans les sinus du placenta maternel est terminée trois ou quatre semaines après l'accouchement. Leur rétraction se fait cependant si lentement que trois à cinq mois plus tard, sur une coupe, on trouve souvent encore ces thrombus, sous forme de masses relativement grasses et gélatiniformes.

Le temps pendant lequel s'opère le retour de l'utérus à son volume antérieur paraît devoir s'étendre jusqu'à la fin du second mois. L'involution de l'utérus est due en grande partie aux contractions de cet organe, qui se reproduisent régulièrement après l'accouchement, et sont, chez les multipares, ressenties douloureusement. Chez les primipares les tranchées ne s'observent que quand l'organe est malade ou renferme quelque chose d'anormal.

La durée des tranchées est ordinairement de un à quatre jours, quelquefois même davantage. Elles sont normales lorsqu'elles ne sont pas trop douloureuses, ne s'accompagnent pas de fièvre et deviennent régulièrement de plus en plus espacées.

Le vagin, d'abord large, mou, et presque sans plis, lisse, modérément rouge, présente chez les multipares presque aussi souvent que chez celles qui accouchent pour la première fois de petites lésions de la muqueuse particulièrement à l'entrée du canal. La fente vulvaire est béante surtout à sa partie postérieure.

Certaines femmes qui ont déjà accouché plusieurs fois ne présentent aucune déchirure.

Les rides du vagin se reforment peu à peu sans reprendre, sauf dans un très petit nombre des cas, leur aspect antérieur, et le vagin avec les organes génitaux externes demeurent un peu plus grands qu'ils ne l'étaient avant la grossesse.

La sécrétion puerpérale des organes génitaux (1) qui s'écoule par le vagin, l'écoulement lochial en un mot, est pendant les premières heures et quelquefois les premiers jours constitué par du sang encore pur et mélangé de caillots. Il contient alors peu de corpuscules de pus.

Plus tard la sécrétion utérine devient séreuse, à réaction alcaline, mêlée qu'elle est aux sécrétions vaginales.

Au microscope on y trouve des corpuscules du sang, des débris épithéliaux, des corpuscules de la muqueuse, des granulations de la muqueuse, des restes de la caduque et peut-être aussi du placenta.

Leur composition chimique comprend de l'albumine, de la mucine, de la graisse en émulsion, du chlorure, du phosphate ammoniacal, du fer et des sels de chaux.

A partir du deuxième jour, se montrent, d'après Rokitansky junior (2), les corpuscules du pus ; ils atteignent leur maximum d'abondance le troisième jour ; leur quantité reste à peu près stationnaire pendant quelques jours, toutefois avec de petites oscillations. Enfin l'écoulement devient blanc ou grisâtre, offre une réaction neutre ou acide, possède une consistance crémeuse et montre plus souvent au microscope du huitième au neuvième jour, outre les parties énoncées plus haut, des corpuscules de tissu cellulaire jeune, fusiformes, allongés, et des cristaux de cholestérine. On trouve chez les accouchées saines ou malades des cellules brillantes ; Rokitansky y a trouvé aussi les deuxième, troisième et quatrième jours des bactéries, non seulement chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale, mais aussi, quoique plus rarement, chez les accouchées bien portantes.

Enfin après deux ou trois semaines l'écoulement, de moins en moins abondant, est clair comme du verre, transparent, et après un temps variable il disparaît entièrement.

(1) Wertheimer. *Virchow's Archiv*. Bd. XXI, p. 314-336.

(2) *Untersuchungen der Microscop. Zusammensetzung der Lochien. Oest. med. Jahrb.*, Heft 2, S. 160.

D'après Gassner (1) la quantité des lochies ne serait pas plus considérable chez les accouchées qui sont indociles que chez celles qui gardent un calme absolu. Il estime la quantité de lochies sanglantes qui s'écoule du premier au troisième jour à 1 kilogr.; celle des lochies séreuses du quatrième au cinquième jour à 0 k. 280, et celles des lochies blanches du sixième au huitième jour après l'accouchement à 0 k. 205; de sorte que les accouchées perdent 1,485 grammes de leur poids par suite de l'écoulement lochial.

Chez les femmes qui restaient tranquilles, la perte était de 1 k.085; elle fut de 1.088 chez celles qui s'étaient agitées.

Il est encore à remarquer que, d'après les recherches de Klemmer (2) faites à l'Institut obstétrical de Dresde sur des femmes accouchées et nourries exclusivement de viande, l'écoulement lochial fut plus abondant que normalement, et que celui-ci par contre parut plutôt diminué qu'accru chez celles qui se nourrissaient d'œufs ou qui usaient d'un régime mixte.

En ce qui touche l'état normal des glandes mammaires et la sécrétion du lait, on doit remarquer ce qui suit : la sécrétion des mamelles s'établit après l'accouchement peu à peu; les seins se gonflent du deuxième au troisième jour, souvent assez pour que l'accouchée éprouve de leur côté un certain degré de gêne, de tension, de tiraillement. Ensuite, et consécutivement à l'affaissement des seins, l'excrétion du lait devient plus abondante. Si l'enfant ne tette pas, cette abondance ne tarde pas à diminuer, et du cinquième au huitième jour les seins deviennent plus mous, se flétrissent, jusqu'à ce qu'enfin la sécrétion se tarisse entièrement, ce qui souvent n'a lieu qu'après plusieurs semaines.

Chez les femmes qui allaitent, la quantité moyenne du lait sécrété en 24 heures peut aller à 1.300 gr.; Gassner (3) a cepen-

(1) U.-K. Gassner. *Monatsschrift f. Geburtskunde*, etc. Bd. XIX, p. 51.

(2) *Berichte und Studien aus dem Dresdener Entbindungs-Institute*. II Bd., 1876, p. 155-186.

(3) U.-K. Gassner. *Monatsschr. f. Geburtskunde*, etc. Bd. XIX, p. 51.

dant trouvé chez 3 accouchées 2 k. 15, seulement comme moyenne pour les 8 premiers jours.

Au début, la sécrétion lactée est faible, puis, ainsi que l'a vu Krüger (1) à l'Institut obstétrical de Dresde en pesant les enfants du deuxième au onzième jour, elle s'élève de 96 à 192, 234, 363, 441, 501, 518, 621, 648 et 705 grammes par jour. Si nous admettons que 25 pour 100 du lait s'écoule sans être bu par l'enfant, on arrive à évaluer la production moyenne de lait pendant les onze premiers jours à 5 litres environ et sans cette perte à plus de 4 litres ce qui est toujours un chiffre considérable et qui surpasse notablement ceux qu'a donnés Gassner.

A cet état des organes génitaux d'une accouchée bien portante, correspondent des modifications multiples dans les fonctions du reste des organes. Blot (2) a depuis longtemps déjà fait remarquer que les accouchées bien portantes ont en général *le pouls* ralenti, puisque la fréquence de celui-ci oscille chez la plupart d'entre elles entre 44 et 60 et parfois descend jusqu'à 35.

La durée du ralentissement varie entre dix et quatorze jours et est habituellement d'autant plus longue que celui-ci est plus marqué. Il commence en moyenne dans les 24 premières heures qui suivent l'accouchement et souvent est encore très nettement sensible au moment où la soi-disant fièvre de lait devrait s'observer.

Des tranchées mêmes fortes n'ont aucune influence sur lui. Ce ralentissement s'observe plus souvent chez les multipares que chez les primipares. On ne doit pas ici invoquer l'influence d'un épuisement nerveux puisque les recherches sphygmographiques que Blot et Marey ont instituées à ce propos prouvent que le ralentissement est lié à une augmentation de pression artérielle après l'accouchement.

Je puis confirmer en grande partie l'exactitude de ces résul-

---

(1) *Archiv. f. Gynækologie*, VII, p. 103.

(2) Blot. *Bulletin de l'Académie de médecine*, XXVIII, p. 925-927.

tats en reculant seulement un peu les chiffres extrêmes de 38 à 70; et ajouter que sur 100 accouchées que j'ai examinées dans ce but 15 offrirent ce ralentissement pendant un temps plus long. Quatre d'entre elles accouchaient pour la première fois, 8 pour la seconde, et 2 pour la troisième. Chez six femmes il dura onze et douze jours. Je dois aussi avouer que le plus léger état pathologique peut suffire à empêcher ce ralentissement ou le faire disparaître.

Par contre, je ne puis admettre cette opinion qu'on le rencontre exclusivement chez des accouchées jouissant d'une santé parfaite; car je l'ai observé expressément plus d'une fois chez des femmes atteintes d'ulcères puerpéraux avec œdème assez considérable de la vulve.

C'est ainsi qu'après avoir conclu de la rareté des pulsations à un état absolument physiologique chez une accouchée, j'ai plus d'une fois été fort étonné de découvrir de pareilles lésions du côté des organes génitaux.

Le pouls recouvre habituellement sa fréquence ordinaire lorsque l'accouchée quitte son lit.

Le nombre minimum de pulsations que j'ai comptées fut égal à 38.

Je l'observai le matin du quatrième et du septième jour. Voici, par exemple, quelle était la fréquence du pouls des secondipares, pendant les douze premiers jours :

| Jour | Matin. | Soir. |
|---|---|---|
| 1er JOUR. | — | 52 |
| 2e JOUR. | 50 | 54 |
| 3e JOUR. | 54 | 52 |
| 4e JOUR. | 46 | 52 |
| 5e JOUR. | 48 | 56 |
| 6e JOUR. | 52 | 48 |
| 7e JOUR. | 46 | 50 |
| 8e JOUR. | 48 | 56 |
| 9e JOUR. | 52 | 52 |
| 10e JOUR. | 54 | 58 |
| 11e JOUR. | 52 | 54 |
| 12e JOUR. | 50 | » |

Baumfelder (1) a trouvé en moyenne de 58 à 73 pulsations, le minimum oscillant entre 48 et 68, et le maximum entre 68 et 100; il a, en outre, fait sur les oscillations dans le nombre des pulsations la remarque suivante : celles-ci atteignent leur maximum de fréquence du premier jour au matin, du troisième au plus tard ; jusqu'à la fin du cinquième jour elles restent d'une façon rémittente à la normale, et enfin au septième jour au soir, elles atteignent leur ralentissement maximum.

Mon assistant, M. le Dr Meyburg, a plus tard recherché quelle est la tension de l'artère radiale chez les nouvelles accouchées bien portantes, à l'aide du sphygmographe de Riegel, et est arrivé à un résultat en contradiction avec les résultats de Blot et Marey, et que confirme l'exposé théorique récent de Fritsch (*Arch. f. gyn.*, VIII, p. 383).

Il établit, en effet, qu'une altération caractéristique de la courbe se montre dans le cas où le pouls puerpéral est notablement ralenti. Cette courbe ressemble certainement aux pouls des hémiplégiques pris du côté non paralysé, ainsi que l'a montré A. Eulenburg.

Tandis, en effet, que le pouls d'un homme bien portant donne une ligne ascensionnelle simple et que le sommet de l'ondée primitive forme également le point géométrique le plus élevé de l'ondée totale, la ligne ascensionnelle du pouls lent des accouchées se fait en deux temps, et celle-ci est peu raide et peu élevée. Le pouls est anacrote.

Le premier jambage de l'ondée secondaire forme, avec la seconde partie de l'ondée ascensionnelle primitive, une ligne brisée ou doucement ascendante. L'ondée secondaire ne se perd pas complètement, mais seulement en partie dans la ligne de descente. Le sommet de celle-ci dépasse souvent l'élévation première ou est au même niveau qu'elle.

---

(1) Baumfelder. *Beiträge zu den Beobachtungen der Kœrperwaerme, der Puls-und Respirationsfrequenz in Wochenbett.* Inaug. Diss. Leipsig, 1867, p. 20-21.

Le point où se termine l'ondée secondaire est placé plus bas que le sommet de l'ondée primitive.

Le type caractéristique du tricotisme pour le pouls radial est aussi d'ordinaire représenté par le pouls des accouchées, ou bien il forme une dicrotie peu marquée.

Les modifications décrites sont surtout fortement marquées dans les cas de beaucoup les plus nombreux où le pouls bat seulement 60 fois environ à la minute.

Quand le pouls, plus rapide, s'élève environ à 84, la différence entre le pouls radial normal et le pouls de l'accouchée saute encore aux yeux. La brisure, située sur le plateau qui forme le sommet de la courbe engendrée par les jambages des ondées primitive et secondaire, est moins marquée. Le sommet de la courbe est plus en forme de console.

Ces caractères spéciaux se rencontrent seulement chez les accouchées exemptes de fièvre. Chez celles qui ont de la fièvre, et même seulement 38°,5, le pouls prend le caractère dicrote. Dès le premier jour ou dès la première heure qui suit l'accouchement et jusqu'au dixième, on peut observer dans le pouls les caractères que nous venons d'exposer. Dans quelques cas, on trouve déjà vers le neuvième ou dixième jour une transition, un acheminement vers le pouls radial normal, puisque, dans la même série de tracés, on trouve des ondées qui ont en partie le caractère du pouls puerpéral, en partie le type du pouls radial normal.

Il ressort de ceci que chez les accouchées la pression sanguine et avec elle la tension des parois vasculaires est moindre que chez les femmes en état de santé habituelle.

La justesse de ces vues se trouve encore confirmée par cette remarque : de même que chez les hémiplégiques en voie de guérison, on peut observer ces transitions, ce retour au pouls normal, de même chez les accouchées au neuvième ou dixième jour, on voit, avec l'augmentation de l'impulsion cardiaque. le pouls tendre à revenir à l'état normal. (*Centralblatt f. Gyn.*, n° 6, 1877, et *Arch. f. Gyn.*, Bd. XII.)

En ce qui touche la *respiration* et la capacité des poumons

des femmes accouchées, l'on trouve chez une femme entièrement bien portante 14 à 18 inspirations par minute; ces chiffres s'observent souvent, sinon presque toujours immédiatement après l'accouchement. Ainsi j'ai trouvé chez mes accouchées durant les quatorze premiers jours 16 fois 16 respirations, 1 fois 17 et 6 fois 18. Wilds Linn a donné le chiffre 23.

La capacité des poumons s'accroît, après l'accouchement, proportionnellement à ce qu'elle était pendant la grossesse, il est plus rare de la voir décroître, quelquefois elle ne varie pas.

Chez 60 femmes sur 100, Dohrn (1) a constaté en moyenne une augmentation de 338 centim. cubes environ; chez 26 p. 100 une diminution moyenne de 221 centim. cubes; la capacité n'a pas changé dans 14 p. 100 des cas.

Chez les primipares, l'augmentation est moins fréquente et en moyenne plus faible que chez les multipares, ce que Dohrn attribue à ce que les premières sont plus profondément touchées par la grossesse et ses suites et qu'aussi pendant les couches elles ne sont pas comparativement si fortes musculairement que celles qui, antérieurement, ont subi un accouchement.

Ces résultats, appuyés sur un grand nombre d'observations (100 sujets), sont certes plus vrais que ceux de Wintrich, Küchenmeister et Fabius, qui ont trouvé l'amplitude de l'expiration après l'accouchement égale, sinon inférieure à ce qu'elle était pendant la grossesse.

La marche de la *température* dans les suites de couches normales n'est pas moins importante. J'ai, le premier, fait connaître en 1861 (2), d'après de nombreuses recherches confir-

---

(1) Dohrn, in thèse inaugurale de L. Rheinhard. *De l'influence de l'état puerpéral sur la forme du thorax et les capacités du poumon.* Marburg, 1865, p. 28, et *Monatschr. f. Geb.*, XXVIII, p. 457-462.

(2) Fehling croit (*Archiv.*, X, 196) que c'est à Leipsig que, pour la première fois, une évaluation régulière de la température chez les nouvelles accouchées

mées depuis en 1863 par O.-V. Grünwaldt (1), Dorhn-Wolf (2), Schröder (3), Baumfelder (4), etc., etc., cette particularité que pendant les douze premières heures qui suivent l'accouchement il y a, en général, une très légère élévation de température dont la hauteur ne dépasse que peu ou même pas du tout l'oscillation normale de la chaleur individuelle.

Dans les douze heures suivantes survient habituellement une légère descente.

L'augmentation est particulièrement notable si elle coïncide avec le moment de l'élévation générale qui se fait de la nuit au matin, ou de midi au soir ; elle peut, au contraire, facilement passer inaperçue, si l'on prend pour la première fois la température le matin, alors que l'accouchement s'est terminé la veille au soir. Dans ces cas peut-être même trouvera-t-on une diminution insigniflante par comparaison avec la première observation.

Après s'être ainsi abaissée à la fin des vingt-quatre premières heures, la température tend ordinairement à s'élever de nouveau.

La température du soir est habituellement plus élevée que celle du matin ; les différences quotidiennes sont cependant faibles. Cette élévation se maintient d'ordinaire, alors que se développe la sécrétion laiteuse. La température descend de nouveau sitôt que cette sécrétion s'est régularisée ou qu'elle

---

a été faite. C'est une erreur. Hecker avait déjà fait quelques recherches à Berlin, il y a quinze ans.

J'ai fait des observations *régulières* sur toutes les accouchées à la clinique de l'Université de Berlin, en juin 1861.

Or, d'après une communication de Crédé (*Monatschr. f. Gebur.*, Bd. XXVII, p. 454), les recherches *régulières* sur toutes les femmes n'ont commencé à Leipsig qu'au commencement de 1866.

(1) Grünevaldt. *Petersburger med. zeitschrift*. Bd. V, S. 1, 1863.

(2) Dorhn. In *der Inaugural dissertation* von O. Wolf, *Beitraege zur Kenntniss der Verhaltens der Eigenwärme im Wochenbett*. Marburg, 1866.

(3) Schroeder. *Schwangerscherft, Geburt. und Wochenbett*. Bonn, 1867, S. 177-185.

(4) *Loc. cit.*

commence à se tarir chez les femmes qui ne nourrissent pas.

Dans les cas absolument normaux, l'écart observé entre le maximum et le minimum est à peine plus marqué que l'oscillation habituelle de la température individuelle, ce qui revient à dire que la température chez les femmes accouchées et bien portantes ne varie pas plus que chez un homme en état de santé.

La température moyenne chez l'accouchée est cependant un peu plus élevée que pendant l'état de vacuité, puisque les limites normales sont comprises entre 37°,2 et 38°,2. Wilds Linn est d'avis que toute élévation qui dépasse 37°,7 indique déjà un état pathologique.

D'après les recherches de O. Wolf, qui ont été confirmées par celles de Schramm (1), il n'est pas invraisemblable d'admettre que la température est un peu plus élevée chez les femmes dont la sécrétion laiteuse est plus abondante et chez les primipares que chez les multipares et celles chez qui le lait fait défaut.

Les limites des oscillations thermiques précédemment indiquées doivent être, c'est ma conviction, pleinement acceptées, et l'on ne doit pas admettre qu'une élévation de température jusqu'à 40° soit, comme l'ont pensé Hecker, Grünewaldt et plus tard Lehmann (2) et Schröder, compatible avec des suites de couches normales.

Ce fait, également confirmé par Wolf (l. c., p. 36), à savoir que l'élévation de température qui résulte de la sécrétion laiteuse ne dépasse pas habituellement 0°,5, montre le mieux du monde comment les fonctions d'un organe isolé retentissent parfaitement sur les autres, combien elles sont admirablement en harmonie, puisque malgré l'énorme révolution qui s'opère à ce moment, on ne voit nulle trace d'une perturbation des lois physiologiques, qui sont le criterium de l'état de santé des individus.

---

(1) J. Schramm. *Zur milchfieberfrage. Separatabdruck aus Scanzoni's Beitraegen*, Bd. V, p. 11-15.

(2) Lehmann. *Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde*. Jaargang, 1863. *Separatabdruck*, p. 4.

Partout les lois ont des exceptions; ces dernières se rencontrent très souvent chez les accouchées, car celles-ci sont très facilement exposées à des accidents. Mais chaque loi demeure, malgré cela, inviolable, et dès à présent nous pouvons proclamer, comme nous le ferons plus tard pour tant de maladies puerpérales, cette vérité que : *les suites de couches n'offrent à ce point de vue rien de spécial*, et que toutes les tentatives faites pour revendiquer ici un état particulier sont stériles.

Certes, on peut dire que le type normal esquissé plus haut se rencontre assez rarement à l'état pur dans les maternités, mais on y trouve toujours un certain nombre de ces faits, et si l'on considère que dans ces établissements d'accouchement l'état général est notablement moins satisfaisant (comme cela sera établi plus tard par des chiffres) que dans les maisons privées, on est amené à admettre que le type de l'état normal se rencontre bien plus souvent dans ces dernières conditions.

Schrœder a trouvé les couches complètement normales 19 fois sur 135 cas, et il accepte cependant comme limite de la température normale 38°,2.

Grünewaldt prend 38°,8 comme limite supérieure, et, partant de là, il déclare qu'à l'école de sages-femmes de Saint-Pétersbourg, la température était normale chez 261 femmes sur 432 accouchées chez lesquelles le thermomètre avait été employé, soit 60 pour 100.

La limite fixée par Grünewaldt me paraît trop élevée.

Je suis bien plus porté à admettre avec Schröder que les cas où la température dépasse 38°,2 sont très fréquents, mais aussi qu'une exploration attentive fait toujours découvrir une cause à cette élévation.

Sur 1,019 femmes accouchées dans l'année 1874, où la mortalité moyenne a été de 1,2 p. 100, j'en trouvai 466, soit 45 p. 100 sans fièvre. Parmi elles, on comptait 181 primipares et 279 multipares, 433 nourrissaient et 33 ne nourrissaient pas.

L'élévation de température proportionnelle aux variations diurnes, mais toujours faible, signalée et admise aujourd'hui

de tous côtés chez les accouchées bien portantes, peut, d'une part, tenir à l'existence des lésions presque constamment existantes du côté des organes génitaux, lésions qui rarement guérissent entièrement par première intention ; d'autre part, elle peut être attribuée à l'échange exagéré de matériaux qui, en l'absence de toute inflammation, met en jeu tant d'organes nécessaires pour l'involution nouvelle qui succède à l'accouchement et pour la régularisation de leurs fonctions. Cet échange est, en outre, entretenu un long temps par la sécrétion nouvelle et considérable de la peau, des mamelles et aussi des reins, ainsi que nous le verrons plus tard.

Quant à l'*état de la sécrétion urinaire* chez les accouchées bien portantes, Gassner a le premier reconnu que chez elles la diurèse était accrue (l. c., p. 51, 52).

Gassner cite une femme qui, souffrant d'un énorme œdème des membres inférieurs, rendit en quarante-deux heures, pendant ses couches, 10 kilog. d'urine très aqueuse. Gassner pense que le degré de diurèse est directement en rapport avec le degré de l'œdème préexistant ; il n'en est pas moins vrai que la diurèse augmente en général très notablement pendant les suites de couches et aussi que les accouchées qui n'ont pas présenté de traces d'œdème peuvent fournir une énorme quantité d'urine.

D'après mes propres recherches (1) qui ont porté sur deux cents femmes environ, et qui depuis ont été confirmées par d'autres observateurs, la quantité d'urine dans les premiers jours des suites de couches augmente considérablement et surtout pendant les quarante-huit premières heures.

L'augmentation de la sécrétion urinaire dans l'état puerpéral est notablement supérieure à celle qui survient pendant la grossesse. L'urine est claire, sans tendance à déposer de sédiment, d'un faible poids spécifique, ordinairement jaune clair.

L'excrétion des éléments solides de l'urine (phosphates et

---

(1) *Studien ueber Stoffwechsel bei der Geburt und in Wochenbett.* Rostock, 1865, p. 65-83.

sulfates) est un peu diminuée, celle du chlorure de sodium l'est peu ou ne l'est pas du tout.

Ultérieurement, et en même temps que se fait l'involution des organes génitaux, la quantité d'urine revient à la normale, sa densité augmente.

La sécrétion d'urée, d'acides phosphorique et sulfurique est égale à ce qu'elle est à l'état sain.

Il est particulièrement intéressant de voir que l'excrétion de l'urée, du chlorure de sodium, des acides phosphorique et sulfurique, chez les nouvelles accouchées bien portantes, suit une marche semblable à celle de la courbe de la température.

Le poids moyen de l'urine émise pendant les six premiers jours par une accouchée bien portante atteint 11 kil. 160 grammes. La densité moyenne = 1010.

La quantité moyenne d'urine excrétée pendant quelques jours est, d'après de nouvelles recherches portant sur 12 femmes bien portantes, représentée par les chiffres suivants : 1er jour : 2,025 cc.; 2e jour : 2,271 cc.; 3e jour : 1,735 cc.; 4e jour : 1,772 cc.; 5e jour : 1,832 cc.; 6e jour : 1,949 cc. Il n'est pas rare que l'urine de nouvelles accouchées bien portantes contienne de petites quantités d'albumine; en outre, ainsi que cela a été enseigné par Blot, Kirsten, Brücke, Iwanoff et Hempel (1), on y trouve un peu plus de sucre qu'à l'état normal.

Spiegelberg a cherché à expliquer ce fait par la résorption du sucre hors des glandes mammaires, et Hempel se rallie à cette hypothèse, car le sucre n'apparaît qu'avec la montée laiteuse, est d'autant plus abondant que les glandes sont mieux développées, et augmente avec une plus longue rétention de la sécrétion laiteuse dans les seins. L'action principale des reins dans les suites de couches consiste donc à rejeter hors de l'organisme une notable quantité d'eau. Seulement, la quantité de matériaux solides, d'acides phosphorique et sulfurique excrétés par les reins en vingt-quatre heures, faible si on la

(1) *Die Glycosurie im Wochenbett. Arch. f, Gynæcologie,* VIII, S. 312.

compare à ce qui se passe pendant la grossesse, suffit cependant à faire admettre chez les accouchées la richesse d'élimination des produits d'oxydation par les voies urinaires. En effet, en raison des pertes de sang, des sueurs copieuses, du régime moins abondant et moins riche en azote ; à cause aussi du calme profond, physique et moral dont doivent jouir les accouchées, on devrait s'attendre à ce que la proportion de ces matériaux fut encore plus faible.

Contrairement à mes résultats, Kleinwächter n'a pas trouvé chez six accouchées bien portantes, et nourries plus substantiellement, un changement notable dans la quantité d'urine ; il a noté une légère augmentation de celle-ci le premier jour, un peu de diminution les jours suivants, puis une légère augmentation vers la fin des suites de couches ; le poids spécifique de l'urine était de 1,022. Kleinwächter dit qu'il n'a pu *a priori* accorder aucune confiance à mes chiffres, parce qu'il considère l'énorme excrétion d'urine de 2,190 cc. comme artificielle et due à l'excès de nourriture que j'ai laissé prendre à mes accouchées, au lieu de restreindre leur alimentation.

Mes recherches reprises par le D[r] Klemmer (*Berichte und Studien*, II, p. 155-186), auquel je dois de nouveau renvoyer, ont établi que mes premiers résultats étaient parfaitement exacts. En effet, quoique nous ayons donné plus de nourriture aux malades et moins de boissons que Kleinwächter (nous, 1,750 ; Kleinwächter, 2,450), Klemmer trouve la quantité moyenne de l'urine des dix premiers jours égale à 2,028 grammes, et la densité de 1,019 ; avec la diète d'œufs, 2,029 grammes d'urine ayant une densité de 1,016, et avec le régime mixte, 1,485 grammes d'urine et 1,021 pour la densité. Et comme ces nouvelles analyses portent sur vingt-quatre femmes, nombre (24) quatre fois plus grand que celui des recherches de Kleinwächter, leur importance est-elle aussi plus grande que celle de ses chiffres.

Cela prouve une fois de plus que les conclusions *a priori* sont souvent fausses et que, lorsqu'on veut combattre les résultats de recherches exactement conduites, on ne doit pas se

permettre de le faire à la légère et à l'aide d'un trop petit nombre d'expériences. Le contraste qui existe entre la faiblesse des *impulsions cardiaques* chez les accouchées, constatée pour la première fois à l'aide du sphygmographe dans notre Institut, et l'augmentation de la sécrétion rénale peut en partie se bien expliquer par ceci que cette sécrétion dépend très certainement de la quantité d'eau et de sels contenus dans tous les organes et dans le sang, et non pas seulement de la tension du système artériel.

De même, la masse d'eau des organes et du sang chez les accouchées ne dépend certainement pas seulement de la masse de liquide ingéré, mais de la néoformation de sang chez les femmes pendant la grossesse.

Sous tous les rapports, je considère donc comme de nouveau prouvées mes affirmations antérieures.

A côté des reins et des mamelles, le *tégument cutané* tout entier, par l'accroissement de son activité physiologique, joue un rôle dans l'involution des organes génitaux.

Cette hypersécrétion se produit habituellement quelques heures après l'accouchement et atteint son maximum dans les cinq à six premiers jours. Je pourrais attribuer à cela une grande importance, à l'exemple de Gassner, qui pense que les matériaux excrétés par la transpiration sont immédiatement, et à bref délai, remplacés dans l'économie par l'introduction de boissons.

Malheureusement nous ne savons pas encore avec certitude quelle masse de liquide une accouchée peut ainsi fournir dans les vingt-quatre heures; cependant il est établi que cette quantité peut s'élever au-dessus de 1,000 grammes en une heure.

Il est à remarquer d'ailleurs que la puissante activité de la peau peut venir en aide à la sécrétion des reins et des mamelles. Ce fait est très important, puisqu'il montre qu'un état inaccoutumé d'une de ces trois sécrétions ne doit jamais être considéré comme normal tant que toutes les trois ne sont pas examinées avec soin et comparées entre elles.

L'organisme a des voies d'élimination très différentes, et les

faits rapportés plus haut, de même que cette remarque faite par Gassner, que chez les femmes qui ne nourrissent pas les lochies sont sans comparaison plus abondantes que chez celles qui nourrissent, prouvent déjà combien ont la vue courte ceux qui prétendent que l'absence de sécrétion laiteuse, la diminution des lochies, etc., etc., peuvent avoir en elles-mêmes et par elles-mêmes des conséquences dangereuses; idée toujours reprise et qui récemment encore a été discutée (consultez : *Aperçu sur l'origine de la manie puerpérale*, de Madden, chap. V, IIIe partie). Personne cependant n'a encore pu dire quelles substances dangereuses sont ainsi retenues dans le corps par le fait d'une sécrétion anormalement faible.

En ce qui regarde *le canal intestinal*, on sait que, en règle générale, les accouchées n'ont pas de garde-robe pendant les deux à trois premiers jours, parce qu'elles ont débarrassé d'ordinaire pendant l'accouchement l'intestin à l'aide de lavement; parce que dans les premiers temps elles restent couchées et tranquilles; qu'elles ne prennent que peu d'aliments solides, et j'ajoute, parce que les liquides sont éliminés en quantité, par d'autres voies; parce que, en outre, les mouvements péristaltiques de l'intestin étant faibles, le transport des matières fécales se fait plus lentement, et parce qu'enfin la pression abdominale amoindrie n'est souvent plus en état, même si les matières sont arrivées jusque dans le rectum, de les chasser au dehors.

La perte notable de liquides, pendant les premiers jours, la diminution des mouvements péristaltiques de l'intestin font que le goût pour les aliments solides et l'appétit diminuent et que les accouchées demandent bien plus particulièrement des boissons abondantes.

Comme conclusions, ajoutons que les sécrétions et excrétions puerpérales, en particulier, l'écoulement des lochies et du lait, l'augmentation de l'urine et des sécrétions cutanées, aussi bien que le travail d'involution des organes génitaux dont nous avons parlé, font que *le poids du corps* diminue pendant les huit premiers jours après l'accouchement d'un

douzième en moyenne, et que cette diminution est dans un rapport direct avec la masse du corps du nouveau-né (Gassner, *l. c.*, p. 66 et 67). Cette perte de substance est vraisemblablement réparée complètement en trois ou quatre semaines.

Il résulte des pesées de Klemmer faites dans notre Institut (voyez plus haut), que cette perte de poids peut être considérablement diminuée et réparée en dix à quatorze jours, si l'on astreint les malades à un régime de viande et d'œufs dès le commencement des suites de couches. Quittons ces résultats objectifs observés chez les accouchées bien portantes et jetons un regard rapide sur :

### L'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES MALADIES PUERPÉRALES.

Quelque faciles et physiologiques, quelque heureux qu'aient été la gravidité et l'accouchement, chaque accouchée n'en est pas moins à un haut degré prédisposée aux maladies puerpérales.

Le mot pathétique du vieux gynécologiste Chambon de Montaux que : « *La femme est un être que la nature fait marcher en tout temps près d'un abîme toujours prêt à l'engloutir* » a une réelle valeur appliqué à l'état puerpéral. Qui ne connaît, en effet, ces affections qui se développent d'une façon si extraordinairement rapide, qui en quelques jours, parfois en quelques heures emportent les femmes les plus vigoureuses, les plus florissantes, de sorte que l'on regarde avec effroi et étonnement leur fin rapide, leur brusque et soudaine disparition du cercle de leur famille ?

Les causes des affections nombreuses survenant dans les suites de couches sont intimement liées aux altérations survenues pendant l'accouchement du côté des organes génitaux. Ce ne sont pas seulement le siège de l'insertion placentaire ou son mode d'oblitération qui permettent à des hémorrhagies de se produire sous des influences extérieures légères, ce sont surtout les lésions fréquentes du col utérin, du vagin, des parties génitales externes, qui conduisent facilement aux mala-

dies. Quoique dans le cours normal de l'accouchement les lésions soient peu importantes et qu'elles se bornent le plus souvent à des déchirures qui intéressent la muqueuse, elles acquièrent cependant une haute valeur, parce qu'elles vont être pendant une série de jours exposées à subir l'influence du contact des lochies très habituellement retenues pendant un certain temps dans le vagin en raison de la courbure de ce canal dont l'orifice ne tarde pas à se refermer.

Mais, au liquide lochial, se trouvent mêlés les restes de la caduque et souvent aussi des morceaux du chorion et de l'amnios qui, grâce à une température de 37° à 38°, subissent facilement une altération putride, et par suite peuvent déterminer une irritation, et une infection des points lésés du canal vaginal. Il est à peine besoin de prouver que souvent les accouchées sont exposées à l'invasion des maladies, qu'il s'agisse de primipares ou de multipares, et cela d'autant plus que les lésions n'occupent pas un point unique, mais le plus souvent sont multiples. J'ai moi-même constaté chez 63 accouchées p. 100, et Karl Schröder (*Virchow's Archiv*, *l. c.*, p. 268), chez 89 sur 93, d'importantes déchirures de la muqueuse de l'entrée du vagin.

Comme, à l'époque où les organes génitaux internes subissent leur involution, la muqueuse aussi bien que la tunique musculaire de l'utérus se régénèrent, les maladies de ces organes ne provoquent pas seulement des troubles dans leur involution, elles s'opposent à leur régénération et sont ainsi doublement périlleuses, pour la période des suites de couches aussi bien que pour l'avenir.

D'autre part, ces affections primitives entraînent si souvent à leur suite le retour d'un état pathologique ou une plus grande prédisposition aux affections morbides, que la plus légère altération peut acquérir une importance fâcheuse. Un exemple rendra évidente la proposition qui précède.

Si, peu de temps après la délivrance, l'utérus se relâche, une hémorrhagie en est la conséquence. Cette hémorrhagie est-elle abondante, la malade s'affaiblit; et, à son tour, l'uté-

rus est ultérieurement incapable de se contracter avec énergie. Il en résulte non seulement que des hémorrhagies consécutives sont possibles, mais que le retour de l'utérus à l'état normal est entravé, car une bonne rétraction de l'organe est indispensable pour une involution physiologique.

Les hémorrhagies secondaires se produisent, en outre, parce que le siège de l'insertion placentaire devient, si l'involution est entravée pendant un temps trop long, un lieu de résistance moindre, et parce que les contractions utérines sont une vis a tergo nécessaire pour la circulation dans les veines utéro-ovariennes privées de valvules et souvent développées pendant la grossesse. Si donc les contractions viennent à manquer ou si elles sont faibles, la matrice est de suite exposée à une hyperhémie passive et à ses conséquences.

Une autre prédisposition aux affections puerpérales réside dans la suractivité de la peau et principalement dans son hyperhémie considérable au début des suites de couches.

Les refroidissements auxquels on fait, faute de mieux, jouer si souvent un rôle dans l'étiologie des maladies, ont chez les accouchées une importance incontestable.

Il n'est pas douteux que, chez elles comme chez les femmes non accouchées, cet afflux sanguin vers la peau et les sueurs abondantes qui en résultent puissent déterminer un changement de température important, caractérisé par une forte perte de chaleur. Ces circonstances sont, par cela même, très capables de provoquer un frisson.

Pour Pfannkuch (1), le frisson serait chez les nouvelles accouchées, la conséquence de la suppression brusque de la source de chaleur constituée par l'organisme fœtal, au moment où celui-ci abandonne le sein de la mère. Chez les primipares, qui sont plus excitables, il serait plus intense que chez les multipares.

Pfannkuch a observé que ce frisson manque chez les femmes qui accouchent d'enfants morts. Mais il fait également dé-

(1) *Arch. f. Gyn.* Bd. VI, Heft 2.

faut chez nombre de femmes après l'expulsion d'enfants vivants et bien portants. Cette cause, si on doit en tenir compte, n'est donc pas la seule. (Voyez aussi Fehling (1).)

Le froid doit plus souvent agir chez les accouchées que chez d'autres femmes, parce qu'elles sont plus souvent en partie découvertes, par exemple, pour mettre l'enfant au sein, pour le lavage des parties génitales. En outre, le refroidissement peut survenir parce que les vêtements sont mouillés par les sueurs et l'écoulement du lait sur la peau. La sécrétion croissante des mamelles augmente aussi la susceptibilité aux maladies chez les femmes accouchées. Mais les mamelons sont, en raison de leurs fonctions, bien plus immédiatement que le reste de l'appareil mammaire, l'origine d'affections douloureuses chez les femmes accouchées.

L'état de l'intestin crée, en outre, une prédisposition aux troubles morbides, car l'affaiblissement des mouvements péristaltiques et les autres causes mentionnées plus haut, qui régulièrement déterminent pendant les premiers jours des couches une accumulation de matières, peuvent déjà, et par cela seul, amener de graves maladies. Il est possible que les efforts inutiles de l'intestin pour se débarrasser des matières amènent une excitation inflammatoire, il est possible aussi que la résorption des éléments putrides des matières fécales puisse entraîner à sa suite de sérieuses altérations.

On admet volontiers aujourd'hui que les modifications du sang qui surviennent généralement pendant la grossesse constituent par elles-mêmes une prédisposition aux maladies. Parmi les altérations du sang constatées chez les femmes enceintes, on connaît : l'augmentation d'eau, l'augmentation modérée de la fibrine et des globules blancs du sang, aussi bien que de la matière grasse phosphorée.

C'est Kiwich surtout qui a accusé la polyhémie séro-fibrineuse d'être le point de départ du plus grand nombre des maladies puerpérales, et après lui Scanzoni a invoqué l'augmen-

(1) *Archiv.*, VII, p. 149-151.

tation notable de la fibrine, l'hyperinose des femmes en couches, comme cause de la soi-disant fièvre puerpérale.

Mais, outre que cette augmentation de la fibrine est modérée; que d'ailleurs, malgré cet état du sang dans les derniers mois de leur grossesse, les femmes se portent bien dans la plus grande majorité des cas; outre qu'il s'agit moins d'une augmentation réelle de la proportion d'eau que d'un appauvrissement du sang en corpuscules figurés; les sécrétions de la matrice, des reins, de la peau et du lait sont, ainsi que nous l'avons vu plus haut, si importantes à ce moment, les pertes d'eau, de fibrine, de graisse, qui en résultent, sont si considérables, qu'en fait cette composition du sang est profondément modifiée en peu de temps et qu'ainsi ses propriétés malfaisantes sont écartées en grande partie.

Une hydroperinose existerait, d'après cela, au plus haut degré dans les premiers jours des suites de couches chez les accouchées qui n'ont pas perdu de grandes quantités de liquide ni par l'utérus, ni par la peau, ni par les seins. D'habitude, on peut, au contraire, invoquer un certain degré d'olighémie comme prédisposant aux états pathologiques des accouchées. Lorsqu'une olighémie plus marquée existe et qu'elle s'est, comme d'ordinaire, ensuite associée à l'hydrémie par une rapide introduction d'eau et de sels dans le sang, les femmes accouchées sont assurément prédisposées aux transsudations et sécrétions aqueuses, aux troubles de la nutrition et aux néoformations, principalement du côté des organes génitaux.

Seulement, ce qui précède n'est applicable qu'aux altérations du sang les plus marquées et n'est pas beaucoup plus spécial aux accouchées qu'aux autres individus qui ont perdu du sang.

Les degrés d'altération même accentués, qui sont les plus connus, disparaissent au contraire très vite chez des femmes d'ailleurs bien portantes; aussi peut-on dire que cette olighémie ne survient pas souvent dans les conditions normales et qu'elle n'arrive guère que si déjà des états pathologiques exis-

taient antérieurement ou s'il s'en était produit pendant les couches : elle n'en est alors qu'une conséquence. Hermann Nasse, qui, il y a quarante ans, publia les résultats de ses recherches sur le sang fourni par plus de 300 saignées, parmi lesquelles 27 avaient été faites pendant la grossesse du 2e au 10e mois, arrive, dans des travaux récents entrepris à ce sujet, à cette conclusion (*Archiv. f. Gyn.* X, 354) : que les causes de l'appauvrissement du sang pendant la grossesse sont vraisemblablement de plusieurs ordres.

L'augmentation des échanges, imputable non seulement au fœtus, mais aussi à la mère, paraît incontestable. Cette augmentation doit être vraisemblablement attribuée plutôt à un abaissement de l'action du système nerveux sympathique qu'à son excitation.

L'exagération des proportions de la fibrine du sang est toujours la conséquence d'une destruction exagérée des globules blancs, des transformations de ceux-ci en corpuscules colorés et vraisemblablement aussi des transformations de ces derniers eux-mêmes. La fibrine ou les substances qui entrent dans sa composition seraient en grande partie, sinon uniquement, apportées au sang par les vaisseaux lymphatiques, et dans les inflammations l'organe malade est la source de la fibrine, puisqu'il fournit par ses vaisseaux lymphatiques une lymphe beaucoup plus riche en cette matière.

Jusqu'ici, la lymphe de l'utérus chez les femelles d'animaux pleines n'a pas été examinée, mais il est très vraisemblable qu'elle se comporte comme s'il y avait une inflammation de cet organe, puisque les altérations du sang pendant la grossesse sont analogues à celles qui surviennent pendant une inflammation (?). On ne peut cependant pas encore expliquer la diminution des sels solubles, ni l'augmentation des matières grasses; aussi les considérations mentionnées plus haut ne sont-elles pas encore suffisamment appuyées par l'autorité nécessaire des faits.

Quant aux causes occasionnelles les plus fréquentes des affections puerpérales, nous avons déjà suffisamment parlé

du refroidissement. On peut en rapprocher les écarts de régime, sur lesquels nous appelons l'attention. On considérait autrefois une alimentation restreinte, bien qu'à la vérité suffisante, mais fort peu substantielle, comme indispensable pendant les 4 ou 5 premiers jours ; nos recherches ont cependant prouvé qu'une alimentation purement animale et abondante est bien supportée dès les premiers jours, même par les femmes qui ne nourrissent pas. Il est vraiment déplaisant d'entendre encore de nos jours dire qu'une accouchée doit jeûner et suer, ainsi que le déclarait en ma présence, il n'y a pas encore longtemps, un de mes collègues. On dirait qu'il s'agit de chasser on ne sait quel poison hors du sang.

Une diète rigoureuse et des sueurs abondantes sont directement nuisibles, puisqu'en amenant une déperdition des forces, elles mettent sûrement obstacle à l'involution des organes génitaux. C'est pour cela que l'on rencontre si souvent des versions, des flexions chez des dames d'excellente condition, qui, parce qu'elles nourrissent rarement elles-mêmes, jeûnent souvent plus longtemps, dans l'espoir de modérer leur sécrétion laiteuse et d'en abréger la durée. D'autre part, l'usage d'aliments de digestion difficile est nuisible à cause de l'affaiblissement de la pression abdominale et de la paresse du tube digestif.

Mainte accouchée, d'ailleurs, est coupable de sa propre maladie par suite des efforts corporels trop hâtifs auxquels elle se livre.

Toute femme qui quitte trop tôt le lit s'expose à de fâcheux accidents. Cette imprudence est commise par les femmes pauvres dépourvues de secours et aussi par celles qui, plus heureuses, n'usent de leurs forces que pour compromettre, par une sorte de bravade, un état général jusqu'alors excellent.

Cela arrive plus souvent qu'on ne pense dans les maisons d'accouchement. Les malades, ne comprenant pas pourquoi elles doivent rester si longtemps couchées, tiennent les soins du médecin pour exagérés et n'écoutent pas ses avis.

Beaucoup de maladies fébriles, survenant soudainement, beaucoup d'hémorrhagies, secondaires au 6e, 7e jour des couches, n'ont d'autre origine que ces imprudences, et, dans nombre de cas, nous pouvons, malgré les dénégations des coupables, les considérer comme coupables de ces élévations de température, de ces pertes qui surviennent soudainement et cèdent bientôt, d'ailleurs, à un repos plus absolu, pourvu qu'antérieurement il n'existât aucune affection locale. Et qu'on ne croie pas que cela se rencontre seulement chez les accouchées des classes inférieures; j'ai, à plusieurs reprises, constaté la même chose chez des femmes aisées chez lesquelles on ne se serait pas attendu à de semblables imprévoyances.

Hémorrhagies, déplacements de l'utérus et du vagin, syncopes soudaines, voire même thrombose et embolie, peuvent se produire dans les mêmes circonstances.

Il faut savoir en outre que tous les efforts violents, faits même dans le lit, sont dangereux : ceux qui, par exemple, sont nécessaires pour prendre l'enfant dans son berceau situé un peu plus loin, ou pour se peigner, pour s'asseoir souvent et trop brusquement, pour aller à la garde-robe ou pour uriner, etc.

Si le repos du corps est si nécessaire dans les premiers temps des suites de couches, la tranquillité d'esprit n'est pas moins indispensable. Il est facile à dire que l'on doit tenir écarté de l'accouchée *tout* ce qui peut exciter ou déprimer son esprit. Certes, nous pouvons sans beaucoup de peine proscrire les visites de personnes étrangères qui excitent et fatiguent la femme par des conversations prolongées et l'empêchent de satisfaire en temps voulu certains besoins. Mais il n'est pas de femme qui ne soit exposée à des visites que le médecin est impuissant à empêcher. Qu'on réfléchisse encore aux préoccupations qui assiègent nombre de femmes dès qu'elles sont enceintes, touchant le sexe de leur enfant; combien il est pénible pour beaucoup d'être déçues sitôt après l'accouchement lorsqu'au lieu d'un garçon ardemment désiré, elles apprennent

qu'elles ont mis une fille au monde. Que l'on considère combien de mères s'inquiètent à propos de chaque cri du cher petit être, quelles angoisses elles éprouvent surtout pendant la nuit, et combien il est fréquent de voir le souci qu'elles prennent elles-même de la santé de l'enfant, les priver d'un repos nécessaire.

Dans les classes éclairées, plus d'une parturiente a une préoccupation constante : la crainte de la fièvre puerpérale.

Les histoires racontées intempestivement par des amies, des sages-femmes et des gardes, la relation de ce qui s'est passé pour d'autres accouchées contribuent beaucoup à tenir leurs appréhensions en éveil, et l'on trouve souvent de ces femmes qui s'examinent, s'interrogent avec un soin pénible, croyant à chaque instant être aux prises avec ce terrible ennemi. Il est encore d'autres faits qui échappent complètement à la prophylaxie médicale : tels sont les rapports des époux entre eux. Ainsi que le dit très à propos Leubuscher : « Combien de mé« nages se traînent péniblement, et unis seulement en appa« rence, pour qui la naissance d'un enfant, loin d'être un « événement accueilli avec joie, ne fait que rendre plus lourds « les liens d'une union détestée et tombant intérieurement en « ruine. »

Les accouchées des maisons hospitalières sont exposées à des émotions qui n'ont pas une moindre importance et ne sont pas moins nombreuses. Il arrive bien rarement qu'elles rougissent de leur situation lorsqu'elles accouchent en dehors du mariage et qu'elles conçoivent quelque chagrin de leur déshonneur. Il est plus fréquent de les voir constamment tourmentées par la crainte d'être abandonnées par leur séducteur. En outre la question des moyens d'existence pour elles et pour leur enfant, le désir de trouver une bonne place de nourrice, l'embarras où elles sont de placer leur nouveau-né sont pour elles autant de sujets d'inquiétude qui ne leur laissent aucun repos.

Les conséquences des émotions violentes pendant les suites

de couches sont loin d'être à dédaigner. La plus petite excitation amène souvent, en effet, un orage. L'état des accouchées ressemble par quelques traits à celui de la femme hystérique : les efforts de l'accouchement, l'hémorrhagie, les sueurs profuses, auxquelles se joignent souvent encore des douleurs du côté des organes génitaux et des seins, font qu'elles sont bien plus facilement accessibles aux irritations, et qu'elles réagissent contre elles beaucoup plus qu'elles n'ont l'habitude de le faire en bonne santé. Mais les effets de ces excitations sont chez les accouchées beaucoup plus fâcheux que chez les hystériques. Les émotions profondes se traduisent d'ordinaire par des frissons, de la fièvre, des hémorrhagies, par la suppression de la sécrétion lactée, la perte d'appétit, par des douleurs de tête, et même, dans les cas les plus fâcheux, par des troubles intellectuels.

Nous ne pouvons nous dissimuler qu'un grand nombre de maladies, chez les accouchées, trouve son origine dans la conduite des gardes, des sages-femmes et même des médecins. Déjà pendant l'accouchement les gardes ou les sages-femmes peuvent exposer la parturiente à maint accident, soit en ne préparant pas convenablement le lit de misère, soit en dirigeant mal le régime ; tantôt elles découvrent inutilement et à tout propos leur cliente, tantôt elles les surchargent de couvertures et s'efforcent de les empaqueter le plus chaudement possible.

Confiés à une garde inhabile, les changements de linge, le lavage des organes génitaux, le traitement des seins, l'emploi de laxatifs, l'administration d'injections et de lavements causeront bien des douleurs à l'accouchée. Je dois déclarer que malheureusement, en règle générale, les accidents de cette nature sont difficiles à éviter.

Il n'est pas moins vrai de dire que le médecin par une opération inutile ou hâtive, par le maniement maladroit d'instruments, etc., peut causer de graves dommages. Mais ce qui est plus terrible encore que les lésions ainsi produites, c'est l'infection des accouchées par la sage-femme ou le médecin, in-

fection que nous mentionnons seulement ici et que plus tard nous devons traiter en détail.

(*A suivre.*)

---

# DES CAUSES D'ERREUR DANS LES EXPERTISES

## RELATIVES AUX ATTENTATS A LA PUDEUR COMMIS SUR DES PETITES FILLES (1).

**Par le Dr Brouardel,** professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

(SUITE ET FIN) (2).

### INCULPATION D'ATTENTAT A LA PUDEUR COMMIS LE 29 OCTOBRE 1878 PAR LE NOMMÉ H..., AGÉ DE 21 ANS, SUR LA JEUNE S..., AGÉE DE 6 ANS 1/2.

1er *Rapport. — Examen de la jeune S..., le* 11 *novembre* 1878.

Cette petite fille âgée de 6 ans 1/2 est d'une intelligence très éveillée, elle est d'une constitution lymphatique, elle a une otorrhée chronique de l'oreille gauche. Elle n'aurait jamais eu d'autre maladie, elle n'en porte aucun signe actuellement appréciable.

On ne trouve sur le corps ni écorchure, ni ecchymose, ni contusion, ni éruption.

Le organes genitaux sont le siège d'une inflammation extrêmement vive. Toutes les parties sont tuméfiées, les grandes lèvres forment de chaque côté de la vulve un bourrelet ayant le volume de deux doigts. La tuméfaction et une rougeur vineuse s'étendent jusqu'à l'anus et la partie moyenne de la fesse gauche. Du prépuce du clitoris à l'anus, on trouve sur ce bourrelet œdémateux neuf papules un peu dures, dont chacune a la

---

(1) Travail lu à la Société de médecine légale du mois de juin et publié dans les *Annales d'hygiène*.

(2) Voir *Annales de gynécologie*, numéros de juillet et d'août 1883.

largeur d'une grosse lentille assez saillante. Leur couleur est d'un rouge plus vif que celle des parties sur lesquelles elles reposent. Elles ne fournissent aucune sécrétion. Elles ne sont pas ulcérées.

Les petites lèvres, déplissées par le gonflement du tissu cellulaire sous-jacent, font partie du bourrelet des grandes lèvres. Le clitoris est tuméfié. L'orifice de l'urèthre est rouge et sensible au toucher. L'hymen n'est pas déchiré; les bords de son orifice sont un peu gonflés.

Toutes ces parties sont le siège d'une sécrétion muqueuse, visqueuse, opaline, non purulente. Ces mucosités en se desséchant forment des croûtes jaunâtres, petites, qui constituent une ligne chassieuse sur le bord des grandes lèvres au point où cesse leur contact.

La miction et la défécation sont douloureuses. La marche est difficile.

Les ganglions des aines sont gonflés, un peu douloureux à la pression. Dans l'aine gauche, on trouve un énorme ganglion qui a le volume d'une grosse noisette.

Au moment de mon examen, la jeune S... n'a pas de fièvre; la grand'mère, M$^{me}$ M..., nous affirme que depuis quelques jours elle en a un peu vers le soir.

### *Visite du* 23 *novembre* 1878.

La santé générale de l'enfant ne paraît pas mauvaise.

Le gonflement des parties génitales a un peu diminué, la rougeur de la fesse gauche a disparu. Les grandes lèvres forment encore un bourrelet assez volumineux. Les papules saillantes se sont ulcérées. On compte douze petites ulcérations, dont l'antérieure occupe le repli préputial gauche du clitoris et correspond par une superposition à une ulcération analogue placée sur le clitoris; la plus reculée siège sur la marge de l'anus. Deux des ulcérations intermédiaires gauches sont appliquées sur deux ulcérations correspondantes de la grande lèvre droite.

Ces ulcérations ont de 7 à 8 millimètres de diamètre, elles sont couvertes d'un enduit pultacé blanchâtre. Elles sont très superficielles, leur bord fait une légère saillie un peu rénitente sur le niveau des tissus sur lesquels elles reposent.

Les autres parties de la vulve ont conservé leurs caractères inflammatoires, rougeur, gonflement. La douleur semble moins intense.

Les sécrétions sont devenues franchement purulentes.

Les ganglions des aines sont gonflés; le gros ganglion de l'aine gauche paraît aussi volumineux.

Sur la peau du ventre, dans sa partie inférieure, on constate quelques plaques rougeâtres, arrondies, ayant 1 ou 2 centimètres de diamètre, recouvertes par quelques fines écailles d'épiderme, furfuracées, en voie de desquamation, Elles ne sont entourées d'aucune érosion ou écorchure qui puisse faire supposer qu'elles provoquent des démangeaisons. On ne note rien de semblable sur les autres parties du corps.

Sur la voûte du palais, on constate la présence d'une éruption papuleuse rougeâtre, formée par de très petites plaques dont la saillie est appréciable au doigt. Les gencives sont rouges. La muqueuse du pharynx ne présente rien d'anomal. Il faut noter qu'en ce moment quatre grosses dents sont sur le point de sortir des gencives.

Les ganglions sous-maxillaires et ceux de la région postérieure du cou ne sont pas tuméfiés.

On ne constate aucune éruption dans le cuir chevelu.

*Conclusion*. — En présence de ces lésions dont les caractères et l'évolution s'écartent notablement de ceux que l'on rencontre dans les affections syphilitiques, j'ai l'honneur de prier M. le juge d'instruction de vouloir bien m'adjoindre un de mes collègues dont l'expérience en syphiliographie puisse m'aider à préciser la valeur des signes constatés.

M. le juge d'instruction voulut bien m'adjoindre M. Fournier.

2° *Rapport. — Visite du nommé H..., âgé de* 21 *ans.*
*Visite du* 24 *novembre* 1878.

Cet homme, d'une bonne constitution, vigoureux, ne présente les signes d'aucune maladie ancienne ou récente des poumons, du cœur ou des centres nerveux.

On ne trouve sur son corps aucune trace de violence.

Les organes génitaux sont bien conformés. La verge a un volume normal, le gland est à demi recouvert par le prépuce.

Sur la face dorsale du gland, on trouve une ulcération ayant 8 millimètres d'avant en arrière sur 6 à 7 transversalement, à bords peu saillants, couverte d'une fausse membrane blanchâtre, d'apparence pultacée ; pressée entre les doigts, on ne constate pas l'induration franche, cependant la muqueuse qui la porte n'est pas souple. L'inculpé nous dit qu'il y a deux ou trois jours elle a été cautérisée à l'aide d'un crayon, que nous pensons être un crayon de nitrate d'argent.

Dans les deux aines, on trouve quelques ganglions indolents.

La peau ne présente aucune éruption. L'agmygdale gauche est un peu volumineuse et l'épithélium de son bord interne est légèrement opalin.

L'anus n'est pas déformé, il n'est entouré d'aucune rougeur anormale.

*Conclusion.* — Une seconde visite sera nécessaire pour déterminer la nature de la lésion qui siège sur le gland.

3e *Rapport par les Drs Fournier et Brouardel.*
*Vistes des* 8 *et* 9 *décembre* 1878.

1° Examen de H..., âgé de 21 ans. — La santé générale de l'inculpé paraît excellente.

L'ulcération du gland décrite dans le précédent rapport est

actuellement cicatrisée. La cicatrice forme une végétation lenticulaire à large pédicule, occupant toute l'étendue de l'ulcération ancienne; sa surface est arborescente. Les tissus sous-jacents ne sont pas indurés.

La peau, les muqueuses, l'orifice de l'anus ne sont le siège d'aucune éruption.

Il n'y a pas d'adénopathie inguinale ou cervicale.

*Conclusions.* — 1° La cicatrisation de l'ulcération du gland est aujourd'hui complète.

2° Les caractères de la cicatrice, l'absence d'induration des tissus sous-jacents prouvent que cette ulcération n'était pas de nature syphilitique, qu'elle n'était pas un chancre induré.

3° Cette lésion, qui consiste aujourd'hui en une végétation simple, a succédé soit à une éruption d'herpès génital dont les premières phases n'ont pas été observées, soit à une érosion quelconque, traumatique ou inflammatoire.

4° H... n'est atteint d'aucune affection vénérienne syphilitique ou blennorrhagique, ancienne ou récente.

2° Examen de la jeune S., âgée de 6 ans 1/2. — La santé générale de l'enfant parait excellente. Cette petite fille n'accuse plus de douleur pendant la marche, la défécation ou la miction.

L'inflammation de la vulve a complètement disparu. L'hymen est intact. Les grandes lèvres, les petites lèvres ont repris leur volume normal. Seul, le clitoris reste un peu volumineux. Les parties génitales ne sont plus le siège d'aucune sécrétion muqueuse ou purulente.

Les ulcérations décrites par l'un de nous dans un précédent rapport sont complètement cicatrisées. Dans les points qu'elles occupaient, on note la présence de macules d'un rouge vineux, ne faisant pas de saillie; à leur niveau, les tissus ont repris leur souplesse.

Les ganglions des aines ne sont plus douloureux; ils sont à peine plus volumineux que dans leur état normal. Le gros ganglion de l'aine gauche a disparu.

Sur la peau du corps, sur les muqueuses, sur celles du voile du palais notamment, on ne trouve plus aucune espèce d'éruption.

Les grosses dents en voie d'évolution n'ont pas encore percé les gencives.

*Conclusions :* 1° La jeune S... n'est pas déflorée ;

2° Elle n'est atteinte d'aucune affection vénérienne, syphilitique ou blennorrhagique ;

6° L'inflammation de la vulve, les ulcérations constatées dans les visites des 11 et 23 novembre, les macules qui leur ont succédé, sont le résultat d'une éruption herpétique des organes génitaux ;

4° Cette inflammation herpétique peut avoir été provoquée par un traumatisme ou avoir succédé à une inflammation vulvaire spontanée ;

5° L'éruption herpétique paraît, d'une part, avoir été plus intense et plus confluente que d'ordinaire, et, d'autre part, avoir pris des caractères ulcéreux peu communs, ce qui peut être dû à la constitution lymphatique de l'enfant ;

6° Aucune relation de cause à effet ne nous semble pouvoir être établie entre la lésion observée sur H... et l'herpès observé chez la jeune S... ; car, d'une part, il n'est pas démontré que la lésion observée sur H... ait été de nature sûrement herpétique, et, d'autre part, la contagion de l'herpès d'un sujet à un autre est un fait, sinon absolument repoussé par la science contemporaine, du moins non encore établi ;

7° L'éruption papuleuse du voile du palais, signalée dans la visite du 23 novembre, la rougeur des gencives, résultent du travail de dentition actuellement encore en évolution.

Dans ce cas, le diagnostic était rendu difficile par la lésion que l'inculpé portait sur le gland, — c'était probablement un

herpès cautérisé (1), — et par la confluence et l'ulcération des plaques de la vulve chez la jeune S....

Nous devons ajouter que, bien que ces éruptions herpétiques puissent naître spontanément, elles semblent assez souvent résulter d'attouchements, chez les petites filles ou chez les jeunes filles un peu plus âgées, de rapports sexuels répétés.

Nous rapportons ici une expertise intéressante, parce que l'inculpé phthisique, mais n'ayant aucune maladie contagieuse, fit des aveux. Il reconnut que, le 4 ou le 5 janvier 1882, il avait pratiqué sur cette petite fille, âgée de 10 ans et demi, des attouchements à la main et deux fois avec la verge. L'inflammation vulvaire fut reconnue par la mère dès le 7 ou le 8 janvier.

I. *Examen de la jeune C..., le 30 janvier* 1882. — La jeune C... (Alexandrine) est âgée de 10 ans et demi. Cette jeune fille n'est pas très grande pour son âge, mais elle paraît assez vigoureuse. Sa mère, qui l'accompagne, nous déclare que sa fille n'aurait jamais eu de maux d'yeux, d'écoulement par les oreilles, mais elle aurait eu beaucoup de gourme dans les cheveux. Cette jeune enfant n'aurait jamais eu de pertes blanches et aurait joui d'une bonne santé.

L'attentat dont elle aurait été victime remonterait au commencement du mois de janvier. Vers le 7 ou le 8 janvier, la mère se serait aperçue que la chemise de son enfant était tachée par un écoulement jaune verdâtre, et sa fille se serait plainte de douleurs pendant la miction et la marche. Ces douleurs auraient complètement disparu aujourd'hui, l'écoulement persisterait encore, mais moins abondant.

---

(1) Voyez l'excellente description de l'*herpès récidivant des parties génitales* du Dr Doyon (Paris, 1868). Nous ne ferons qu'une seule réserve aux opinions de notre collègue. Pour lui, l'herpès est toujours précédé par une affection vénérienne, ancienne ou récente. C'est pour nous une affirmation trop absolue. Comme médecin de Sainte-Barbe, nous avons eu à soigner deux jeunes gens âgés, l'un de 15, l'autre de 16 ans, atteints d'herpès récidivant, et, jusque-là, complètement indemnes d'affection vénérienne antérieure.

Actuellement, nous constatons la présence des ganglions sous-maxillaires légèrement tuméfiés ; la gorge est saine, elle n'est le siège d'aucune inflammation.

Les organes génitaux sont normalement conformés. La membrane hymen est intacte, épaisse et blanche, son orifice est central, très étroit et en forme de croissant. Le clitoris est un peu volumineux, et l'on constate aux deux aines de petits ganglions nombreux et indolents.

Le canal de l'urèthre est sain. La muqueuse est le siège d'une sécrétion muco-purulente épaisse et peu abondante. Les parties sexuelles paraissent avoir été le siège d'une inflammation plus intense et presque guérie aujourd'hui, et nous constatons, sur la face externe des grandes lèvres, deux groupes de petites croûtes noirâtres, séparées par des parties saines analogues à celles que laissent les éruptions d'herpès.

L'anus a son aspect normal.

La chemise que porte cette enfant, et que la mère nous déclare lui avoir donnée blanche avant d'amener sa fille, présente actuellement quelques petites taches de couleur verdâtre.

L'intelligence de la jeune C... paraît très peu développée.

*Conclusions :* 1° La jeune C... (Alexandrine) n'est pas déflorée ;

2° Elle porte actuellement autour de la vulve et sur la face externe des grandes lèvres des petites croûtes paraissant avoir succédé à une éruption d'herpès ;

3° Ces éruptions naissent spontanément, ou quelquefois après un choc ; leur contagion possible n'est pas démontrée ; elles s'accompagnent, en général, d'une inflammation vulvaire ;

4° La jeune C... n'est atteinte actuellement d'aucune affection vénérienne syphilitique ou blennorrhagique.

Ces éruptions herpétiques des organes génitaux uniques, groupées ou confluentes. polycycliques comme les appelle

M. Fournier, nous ont paru souvent liées à des violences plus ou moins répétées, pratiquées sur les organes génitaux. Nous les avons constatées dans notre service d'hôpital chez des jeunes femmes atteintes de blennorrhagie. Enfin, il ne faut pas oublier qu'elles surviennent parfois pendant la grossesse.

La *vulvite aphtheuse* et la gangrène de la vulve, qui en est souvent la conséquence, provoquent également des expertises médico-légales. Celles-ci ne seraient pas, en général, bien difficiles, si des certificats émanant de médecins peu experts dans les maladies des enfants ne venaient compliquer la question médico-légale. En général, ils voient dans ces ulcérations des lésions syphilitiques ou, si la gangrène est déjà survenue, ils trouvent dans la gravité des lésions la preuve de violences exercées avec une sorte de fureur.

Il semble que ce soit d'un cas semblable que Toulmouche a donné la relation sous le nom d'echthyma des grandes lèvres. (*Ann. Hyg. et Méd. lég.*, 1864, 2e série, t. XXII, p. 332.)

Je ne saurais mieux faire que d'emprunter au professeur Parrot la description de la vulvite aphtheuse, telle qu'il l'a observée à l'hôpital des Enfants-Assistés. (*Revue de médecine*, 1881, p. 177).

« Le mal, dit M. Parrot, a un siège constant qui est la « vulve; mais il n'y reste pas nécessairement limité, et assez « souvent, on le voit s'étendre aux régions voisines, c'est-à- « dire : au périnée, au pourtour de l'anus, aux sillons génito- « cruraux et aux aines. » Il siège principalement sur les grandes lèvres.

« Au début, l'affection consiste en de petites plaques arron- « dies ou, pour mieux dire demi-sphéroïdales, blanchâtres ou « d'un blanc gris. Elles ont un diamètre de un à trois ou « quatre millimètres... Elles ont une grande ressemblance « avec les aphthes buccaux; le tégument est en général peu « modifié ; cependant on y constate parfois une teinte légère- « ment rosée ou violette et un peu de tuméfaction. Chez quel- « ques sujets, la cuticule ayant disparu, les vésicules repo-

« sent sur une surface d'un rouge vif et un peu suintante.
« Elles sont parfois confluentes, etc. »

Puis, ces petites plaques se creusent, s'ulcèrent, lorsque le traitement n'est pas approprié, les ulcérations s'étendent et deviennent gangreneuses.

Ce sphacèle s'étend avec rapidité et envahit la vulve, le périnée, les plis génito-cruraux, l'anus.

Presque toujours, quatre fois sur cinq, cette éruption aphtheuse survient en même temps qu'une autre maladie, principalement la rougeole.

Récemment, un cas, qui semble calqué sur ceux qu'a publiés M. Parrot, a donné lieu à une enquête médico-légale. L'enfant sortait de l'hospice des Enfants-Assistés. Un médecin avait déclaré que les lésions résultaient de la violence des attentats commis sur cette petite fille. Les journaux, s'appuyant sur ce certificat, avaient porté contre le personnel de cet hospice les plus graves accusations. Le médecin ajoutait que la membrane hymen avait complètement disparu, que le viol était complet chez cette petite fille de 25 mois ! Or, la membrane hymen était intacte, son orifice punctiforme et l'affection aphtheuse s'était développée au début d'une rougeole et avait pris la forme gangreneuse, probablement sous l'influence de cette fièvre éruptive.

Voici la copie du rapport que nous avons remis à ce sujet :

*Examen le 27 décembre* 1882.

La jeune Lucie G..., âgée de 2 ans et 1 mois, est entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, le 20 décembre 1882. Avant son admission à cet hôpital cette enfant a été placée au dépôt des Enfants-Assistés le 25 novembre et en est sortie le 9 décembre pour être rendue à sa mère, qui était en traitement, pendant ce temps, à l'hôpital Necker.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis par M. le Directeur du dépôt des Enfants-Assistés, la jeune Lucie G... n'aurait pas été malade pendant son séjour au dépôt.

Mais on a remarqué qu'elle était triste, pleurait souvent, réclamait sa mère, ne s'amusait avec aucun autre enfant. Elle aurait été rendue sur sa demande à sa mère, à l'hôpital Necker, par une fille de service.

La mère de l'enfant G... à qui nous avons demandé des détails sur l'état de santé de sa fille, depuis sa sortie du dépôt, le 9 décembre, jusqu'au jour de son admission à l'hôpital des Enfants-Malades, le 20 décembre, nous déclare que sa fille aurait toujours eu une excellente santé, et qu'elle n'aurait jamais eu d'accidents scrofuleux, tels que maux d'yeux, glandes sur le cou, écoulement d'oreilles, etc.

Lorsque sa fille lui aurait été rendue, le 9 décembre, elle était pâle, triste, maussade et marchait difficilement. En quittant l'hôpital et avant de prendre le tramway pour rentrer chez elle, la mère aurait retiré la couche de sa fille, qui était complètement mouillée par l'urine, mais elle n'aurait pas examiné les parties génitales. Aussitôt arrivée à son domicile, M^me^ G... aurait couché sa fille. Pendant toute la nuit cette enfant aurait crié, se plaignant de vives douleurs aux organes génitaux, et ce n'aurait été que le lendemain, 10 décembre, que la mère, examinant son enfant, aurait constaté que les différentes parties de la vulve étaient rouges, enflammées, tuméfiées et présentaient quelques petits boutons.

Le surlendemain, 11 décembre, la jeune Lucie G..., aurait été conduite auprès du D^r^ V..., et soignée chez ses parents jusqu'au 20 décembre, jour de son admission à l'hôpital. Le 15 décembre, il serait survenu une rougeole caractérisée par son éruption et une toux assez vive.

A son entrée aux Enfants-Malades, la jeune Lucie G... présentait une eschare aux grandes lèvres, s'étendant sur les côtés jusqu'aux plis génito-cruraux, en avant jusqu'au pénil et en arrière jusqu'à l'orifice de l'anus. Trois ou quatre jours plus tard cette eschare serait tombée, mettant à nu une plaie de la même étendue.

Actuellement, nous trouvons la jeune Lucie G..., couchée dans un des lits de la salle Sainte-Appoline. Les traits de sa

figure n'ont pas d'expression douloureuse et son état général serait, du reste, bien amélioré depuis quelques jours, quoiqu'elle ait eu une légère angine quarante-huit heures avant notre visite. Nous constatons, au niveau des organes génitaux, une plaie ayant pour centre l'orifice de la vulve, s'étendant de chaque côté et présentant une étendue de 10 centimètres carrés environ. Cette plaie bourgeonnante est dans un parfait état de propreté. Les bords sont taillés à pic. Les limites de la lésion sont absolument symétriques. Quoique s'étendant en arrière jusqu'à l'anus, les fibres du sphincter externe sont parfaitement intactes. Au milieu de cette plaie se trouve l'orifice du vagin, au-devant duquel on voit intacte et saillante la membrane hymen. Son orifice est punctiforme.

L'anus a son aspect normal.

*Conclusion* : 1° La jeune Lucie G... n'est pas déflorée ;

2° Cette jeune fille a été atteinte d'une vulvite aphtheuse. Cette affection survient surtout chez les petites filles qui vivent agglomérées comme dans les hôpitaux, écoles, ateliers ;

3° Les cas de gangrène des organes génitaux, observés chez les petites filles par M. le professeur Parrot, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, se sont montrés presque exclusivement lorsque, chez une petite fille atteinte de vulvite aphtheuse, survenait une rougeole.

4° Les caractères de la lésion observée chez la jeune G... sont ceux d'une gangrène spontanée survenant dans le cours d'une vulvite aphtheuse. Cette gangrène n'est pas le résultat d'une violence ;

5° La guérison, s'il ne survient aucune complication, sera complète dans cinq ou six semaines.

On croirait plus difficilement que la *vulvite diphthéritique* puisse donner lieu à des erreurs analogues. Bien que j'aie cinq observations dans lesquels des médecins ont cru pouvoir affirmer que cette vulvite était d'origine traumatique, je n'en produirai qu'une seule; je pense qu'elle suffira pour rappeler

aux médecins que la vulvite diphthéritique est une des manifestations assez fréquentes de cette maladie infectieuse.

Voici la copie du certificat du médecin, qui eut pour conséquence une exhumation, huit jours après la mort de l'enfant.

Certificat du Dr V... : « Je certifie que Élisa D... est décédée, atteinte de diphthérite le 28 décembre.

« Mais, deux jours auparavant j'avais constaté sur les lèvres (parties génitales) une inflammation très grande, d'une vulvite très douloureuse pour la petite fille. Cette vulvite avait produit deux jours après de petites ulcérations indiquant une contamination probable à la suite d'attouchements d'une autre personne. »

Exhumation le 5 janvier 1883. Autopsie par le Dr Brouardel.

Dans un cercueil en sapin, portant sur la face supérieure une petite plaque de plomb, sur laquelle se trouve l'inscription suivante : III, 1869, 1882, nous trouvons, enveloppé dans un drap, le corps d'une petite fille, paraissant âgée de 2 ans 1/2, habillé avec une chemise, une petite robe tricot, bas blancs et un bonnet.

Le cadavre mesure une longueur totale de 99 centimètres, la putréfaction est à peine commencée. La rigidité cadavérique a complètement disparu.

On ne constate sur le corps aucune trace de violence.

La muqueuse de la vulve est couverte de fausses membranes très manifestes et qui se détachent facilement. Les grandes lèvres sont tuméfiées. Au bas de la vulve, au niveau de la fourchette, la muqueuse est à nu, présentant quelques petites ulcérations, comme cela se voit lorsque les fausses membranes diphthéritiques se détachent. La membrane hymen de forme annulaire est intacte.

Les os du crâne ne sont pas fracturés. Le cerveau est sain et se décortique très bien ; sur le voile du palais, les amygdales et la luette, on trouve de nombreuses fausses membranes recouvrant également les plis aryténo-épiglottiques, et s'étendant dans la trachée et les premières bronches.

L'œsophage est sain.

Les poumons ne présentent pas d'adhérences pleurales; ils sont sains, sont tachés à leur surface par quelques suffusions sanguines et par des ecchymoses sous-pleurales séparées par des plaques d'emphysème sous-pleural.

Sur le cœur on constate quelques ecchymoses sous-péricardiques. Le cœur contient un peu de sang coagulé. Les valvules sont saines.

L'estomac est sain.

Le foie et la rate sont également sains.

Les reins sont sains et se décortiquent très facilement.

L'utérus et les intestins sont sains.

*Conclusions :* 1° La mort a été le résultat d'une diphthérie laryngo-trachéo-pulmonaire;

2° Le cadavre ne présente aucune trace de violence;

3° La membrane hymen est intacte;

4° La vulvite est de nature diphthéritique. Cette localisation secondaire de la maladie à laquelle la jeune D... a succombé, est très fréquente. Cette complication est décrite dans les livres classiques. Elle a pour caractères l'envahissement de la muqueuse par les fausses membranes et l'apparition de petites ulcérations quand les fausses membranes se détachent;

5° Aucune lésion ne permet donc de soupçonner que cette petite fille ait subi des attouchements ou des violences portant sur les organes génitaux.

Il nous reste à signaler une dernière variété d'ulcération de la vulve que M. Fournier décrit sous le nom de *vulvite érosive.* Le plus souvent la vulvite, quelle que soit sa nature, détermine seulement des érosions desquamatoires, l'épiderme ou l'épithélium seul est enlevé, mais parfois les lésions sont plus discrètes, plus creuses, d'un rouge vif ou d'un gris pultacé; dans ces cas, elles peuvent en imposer pour un chancre.

A l'appui de cette affirmation, M. Alfred Fournier rapporte le cas suivant que je transcris *in extenso*, l'expérience dès

médecins qui l'observèrent prouvera que l'hésitation serait permise à des experts moins autorisés (1).

« Un cas qui s'est présenté à nous, ici même, l'année dernière, est un exemple frappant de cette variété de vulvite ulcéreuse *chancriforme*. Je tiens à vous citer ce cas et à vous le citer avec détails, car il est instructif à deux points de vue. Non seulement il vous montrera, que des ulcérations simples. inflammatoires, peuvent accidentellement revêtir la physionomie du chancre; mais, de plus, il vous convaincra incidemment de l'excessive réserve qui doit présider au diagnostic *médico-légal* de cet accident.

« Une jeune enfant de 6 ans est conduite à cet hôpital et nous est présentée comme affectée de « chancres syphilitiques ». Un attentat a été commis sur elle, nous dit-on, par individu qui vient d'être écroué à Mazas.

« Nous examinons avec soin cette enfant, et nous constatons ceci : d'abord, vulvite intense (grandes lèvres tuméfiées, grosses comme des quartiers d'orange, œdémateuses, rouges, endolories; suppuration abondante, etc.); de plus, intertrigo érosif des régions péri-vulvaires (plis génito-cruraux, face supéro-interne des cuisses, régions inguinales); enfin, et ceci est le plus intéressant, sur l'une des grandes lèvres trois ulcérations, l'une d'une étendue d'une amande d'abricot, les deux autres larges et circulaires comme une lentille.. Ces lésions sont grisâtres et couenneuses; elles entament superficiellement le derme, elles sont plates de fond, et la surface même de deux d'entre elles est un peu saillante, un peu papuleuse; elles sont indolentes par elles-mêmes; leur base. enfin, est assez résistante. Comme dernier renseignement. adénopathie assez fortement accusée dans les deux aines, où se trouvent plusieur ganglions, libres, indépendants, roulant sous le doigt, gros comme de petites noisettes, à peine douloureux.

« En face de cet ensemble symptomatologique, j'avoue que,

---

(1) Fournier, *loc. cit.*, p. 263.

d'emblée et sans hésitation, je me rangeai à l'avis du premier médecin qui avait examiné l'enfant, et je diagnostiquai : *Vulvite avec chancres syphilitiques.* — L'expert commis par le tribunal, M. G. Bergeron, visita la petite malade le lendemain, et posa exactement le même diagnostic que moi.

« Or, on demandait un rapport médico-légal. Le juge d'instruction réclamait (comme d'usage) une affirmation immédiate.

« L'hésitation, je vous le répète, ne me paraissait guère possible, tant les choses se présentaient simplement. Toutefois, en vertu d'un principe formellement arrêté par moi comme règle de conduite en pareil cas, — principe que je vous exposerai en son temps et que je légitimerai pleinement à vos yeux, je l'espère, — je refusai de signer le certificat qu'on réclamait de moi administrativement, et je fus assez heureux pour faire partager mon refus par l'expert. D'un commun accord nous voulûmes attendre et nous attendîmes.

« Et bien nous en prit, messieurs, de n'avoir pas précipité notre jugement et de n'avoir pas, par l'affirmattion d'un diagnostic qui paraissait cependant bien évident, aggravé la terrible situation du prévenu. Qu'advint-il en effet? C'est d'abord que, sous l'influence de quelques soins et en quelques jours, la vulvite et l'intertrigo disparurent; c'est ensuite que l'adénopathie polyganglionnaire (cette adénopathie que nous avions prise pour une pléiade) se dissipa comme par enchantement, dès que l'inflammation vulvaire eut cédé ; c'est enfin que les chancres ou les prétendus chancres se mirent à se déterger, à se réparer avec une rapidité plus que suspecte, et se cicatrisèrent en une huitaine. Et au delà? Et plus tard? Au delà, plus tard, *rien ne se produisit.* La syphilis que nous avions prévue tout d'abord, mais que déjà nous n'attendions plus, ne se manifesta pas, pour la bonne raison qu'elle n'avait pas à se manifester. Plusieurs mois l'enfant resta sous nos yeux dans cet hôpital, quotidiennement et minutieusement inspectée par nous. Pas le plus léger signe d'infection ne se révéla sur elle! — Et d'autre part, pour en finir avec cette histoire,

les charges qui primitivement s'étaient élevées contre le prévenu furent reconnues, paraît-il, insoutenables; les poursuites furent abandonnées pour des raisons extra-médicales que je n'ai pas à vous dire; bref, la conclusion de toute cette affaire fut que, très certainement, l'enfant n'avait jamais été atteinte que d'une ***vulvite simple, spontanée***, ne résultant en rien d'un viol, vulvite de forme ulcéreuse et à ulcération simulant, d'aspect, le chancre syphilitique.

« Donc, nous nous étions tous trompés, et trompés radicalement, absolument; trompés sans hésitation, sans arrière-pensée d'une erreur possible; trompés dans un cas qui nous semblait très simple, dans un cas où l'affirmation immédiate d'une syphilis nous paraissait aussi certaine qu'élémentaire. Ces prétendus chancres n'étaient pas des chancres; ce que nous avions pris comme tels n'étaient que des ulcérations inflammatoires de vulvite, et de vulvite simple, spontanée !

« Une telle erreur commise par des médecins attentifs et habitués à ce genre de diagnostic est instructive à divers titres. Loin de la taire, loin de la dissimuler, j'ai considéré comme un devoir de m'en accuser, de le faire connaître, et nous nous sommes promis, M. Bergeron et moi, de la publier. C'est qu'en effet, elle comporte deux enseignements :

« 1° Elle démontre d'abord qu'en certain cas des lésions simples, purement inflammatoires, peuvent prendre à ce point le masque, le cachet du chancre, qu'elles s'imposent comme chancres à l'observateur.

« 2° Elle témoigne de plus que le diagnostic médico-légal du chancre ne doit pas être institué sur la constatation seule d'une lésion réputée chancre, mais bien sur un ensemble de signes se confirmant les uns les autres, sur une évolution *totale* et complète, évolution comprenant comme premier terme le *chancre*, accident initial de la maladie, et comme second terme plus probant et plus essentiel, les *manifestations diathésiques secondaires*, survenant à point nommé, à échéance fixe et significative. »

M. Alfred Fournier termine ainsi :

« Aussi, Messieurs, vous disais-je, il y a quelques instants, que je m'étais imposé comme règle de conduite invariable et inflexible, de ne *jamais diagnostiquer* le chancre par le chancre, alors que de mon diagnostic pouvait dériver une application médico-légale. Appelé en justice pour un cas semblable à celui dont je viens de vous entretenir, je me refuserais absolument à formuler une opinion, si je n'avais, pour légitimer mon jugement, qu'une lésion locale, cette lésion me semblât-elle le chancre le plus typique, le plus accompli. *Je demanderais à attendre;* je voudrais voir ce qui va suivre; car, instruit par l'expérience, je sais qu'on peut se laisser abuser par les cas les plus simples en apparence; car je me suis assez trompé de fois en face du chancre syphilitique pour ne plus m'exposer devant un tribunal au risque d'une erreur pouvant compromettre un prévenu. C'est là, du reste, un point sur lequel je compte revenir, comme *morale* de tout cet exposé, dans le cours de notre conférence d'aujourd'hui. »

M. Alfred Fournier conclut donc comme nous : ne pas se décider sur un premier examen, et *savoir attendre*, c'est le seul moyen de ne pas échouer sur un des nombreux écueils que nous avons signalés dans cette étude.

# REVUE DE LA PRESSE

## DE LA HERNIE DE L'OVAIRE

### REMARQUES SUR LES FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES DE CET ORGANE.

*Avec la relation des cas observés par l'auteur* (1).

**Par Robert Barnes, M. D.**
Professeur d'obstétrique à Saint-George's Hospital, à Londres.
*Traduit de l'anglais par le Dr* M. Rivière,
Chef-adjoint de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Bordeaux.

On trouve épars dans les ouvrages de chirurgie ou d'obstétrique des cas de hernie de l'ovaire, la plupart décrits brièvement, et surtout au point de vue de l'intervention chirurgicale; mais jusqu'ici, il n'est personne qui, profitant de la situation superficielle de l'ovaire hernié, ait fait à son sujet des recherches physiologiques.

Depuis le temps de l'immortel Harvey, les phénomènes de l'ovulation, de la menstruation et de l'imprégnation, ont fait le sujet des études minutieuses d'une longue succession d'illustres physiologistes. Les animaux inférieurs ont fourni la majeure partie des matériaux nécessaires à ces recherches. Et dans cette voie, l'analogie a permis d'éclairer, et jusqu'à un certain point, de compléter, sur les fonctions de l'ovaire chez la femme, ce que les investigations post mortem, et les observations si difficiles sur l'ovaire pendant la vie, nous ont fait connaître. Aussi, est-il arrivé que, malgré les connaissances certaines qui ont pu être acquises sur les fonctions de l'ovaire et ses modifications anatomiques pendant son fonctionnement, nous ne savons rien de bien précis sur les phénomènes les

(1) Mémoire lu en janvier 1882 à la Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres, et publié *in extenso* dans l'*American Journal of Obstetrics*, janvier 1883.

plus intéressants qui se produisent à cette période. L'ovaire a été étudié comme un organe à part, ou seulement dans ses rapports avec l'utérus. Ses relations générales ou constitutionnelles, ses influences réactionnelles et réciproques sur le sang, la circulation et les centres nerveux ont été fort négligées. Les recherches récentes de Charcot sur les relations de l'ovaire et de l'hystéro-épilepsie ont fait faire un grand pas à la question. On ne peut s'étonner de tous ces tâtonnements quand on considère que l'ovaire est difficilement accessible. Et si, dans quelques cas, le doigt introduit dans le rectum peut l'atteindre, cette méthode d'observation, sans valeur au point de vue clinique, est peu utile pour les recherches physiologiques. Dans les cas, au contraire, où l'ovaire se rapproche de la surface du corps, comme lorsqu'il fait hernie dans l'aine, il devient possible de faire des observations faciles et précises. Ces circonstances s'étant offertes à nous, nous avons tâché d'en tirer parti.

Mais avant d'aller plus loin, il nous paraît utile de passer rapidement en revue les observations connues dans la science avec les enseignements qui en découlent.

Nous ne prétendons pas, du reste, en faire l'histoire complète. Aussi bien, plusieurs observations ne présentant que des faits très vagues, seront volontairement omises; d'autres, pleines d'instructifs enseignements, ont certainement dû nous échapper. De plus, le plus grand soin a été mis à ne rapporter que les cas bien nets et susceptibles, par ce fait, de fournir une base solide à l'étude physiologique et pathologique que nous nous proposons.

Un de ces cas, du plus grand intérêt, est rapporté par Gouey de Rouen (1716) : c'est un cas de gestation dans le sac d'une hernie inguinale droite. Gouey ouvrit le sac et y trouva un embryon de deux à trois mois; il suffit d'une légère traction pour amener au dehors le placenta, qui s'était implanté sur les bords du muscle oblique externe de l'abdomen.

Puech, qui rapporte ce fait, le considère comme une preuve

de la préexistence de l'ovaire dans le sac. Cette théorie a été explicitement énoncée par Cruveilhier.

Le cas classique de Pott (1756) est le premier fait bien avéré ; il mérite d'être consigné ici, non pas seulement à cause de son importance chirurgicale, mais aussi à cause des phénomènes physiologiques intéressants qu'il a permis d'observer : une fille de 23 ans entra, à St Bartholomew's Hospital, pour deux tumeurs siégeant dans les aines et lui causant, depuis quelques mois, des douleurs assez violentes pour l'empêcher de travailler. Du reste, bonne santé, menstruation régulière. Ces tumeurs étaient molles, inégales, très mobiles et situées au niveau des orifices inguinaux externes. Pott enleva les deux tumeurs. Depuis cette époque, cette fille ne fut plus jamais réglée ; les seins perdirent leur volume, et son système musculaire se développa comme celui d'un homme.

Desault (1779) trouva, à la dissection, chez une femme, l'ovaire gauche, la trompe de Fallope et l'utérus dans un sac herniaire.

Lallement (1816) rapporte le fait, décrit et figuré plus tard (1831) par Cloquet, dans sa *Pathologie chirurgicale*, d'une hernie crurale droite contenant l'utérus, les trompes, les ovaires, une partie du vagin et de l'épiploon. La hernie datait de quarante ans. L'ovaire droit était transformé en kyste et un second kyste lui était adhérent.

Denain (1813), *Recherches sur les hernies de l'ovaire*, rapporte le cas suivant : une pluripare, enceinte de 4 mois 1/2, fait une chute sur les genoux et le ventre ; elle éprouve dans le bassin et la fosse iliaque droite des tiraillements douloureux qu'exagèrent les mouvements du fœtus. Les souffrances, d'intensité variable, persistent tout le temps de la grossesse, pour devenir, pendant le travail, d'une extrême violence. A l'examen, on constate, au niveau de l'orifice interne de l'arcade crurale gauche, l'existence d'une tumeur, irréductible, très tendue, ne s'accompagnant ni de constipation, ni de vomissements. Au septième jour de la délivrance, les douleurs deviennent tellement intolérables que l'opération de la hernie est

pratiquée. On trouve un kyste hydatique et derrière lui un ovaire. Les trois quarts du kyste et presque tout l'ovaire sont enlevés. A dater de ce moment, les souffrances disparaissent et la patiente revient à la santé.

Dans le cas du Dr Neboux (*Archiv. génér. de méd.*, 1846), une femme de 50 ans, portant depuis longues années une hernie, fut prise tout à coup des symptômes de hernie étranglée. L'opération était indiquée. Dans le fond du sac, se trouvait l'ovaire droit, qui, du volume d'un œuf de pigeon, et d'une coloration violacée, était étranglé dans l'anneau inguinal interne. Il fut coupé en deux points et des adhérences, entre l'ovaire et le sac herniaire, furent détruites. La malade guérit.

M. César Hawkins en cite deux cas :

En opérant une hernie crurale droite chez une dame de 65 ans, il trouva bien dans le sac de l'intestin étranglé, mais la hernie était divisée en deux parties, dont l'une donnait la sensation de l'épiploon; cette portion, une fois le sac ouvert, n'était autre que la trompe de Fallope et le ligament large avec un ovaire ratatiné. L'étranglement levé, l'intestin rentra facilement; il en fut de même, malgré quelques adhérences au sac, de tous les annexes de l'utérus. Guérison.

Dans le second cas :

En disséquant une femme, à la salle d'autopsie de l'hôpital Saint-Georges, il constata une élongation considérable de l'utérus qui, avec la trompe de Fallope, formait un canal de 14 pouces de longueur. Le sujet était une vieille femme, morte de péritonite. La trompe et l'ovaire avaient, pendant longues années, été logés dans le sac herniaire.

Deux cas, rapportés par le Dr Oldham à la Société royale (voir *Med. Times and Gaz.*, 1857), sont spécialement intéressants :

CAS I. — Une fille de 19 ans n'avait jamais été menstruée. Dix-huit mois auparavant, elle avait vu paraître, dans la grande lèvre droite, un gonflement douloureux qui bientôt disparut

de lui-même; quatre ou cinq mois après, réapparition des mêmes phénomènes. Oldham trouve alors une tumeur du volume d'un œuf d'oie, qui, située entre l'anneau inguinal externe et la grande lèvre, est tendue et ferme; les tissus voisins sont enflammés et douloureux. Du côté gauche, est un corps ovale du volume d'une noix, émergeant juste de l'anneau externe et rentrant facilement dans le canal. C'est l'ovaire gauche à l'état de repos. Pas de trace d'utérus ni de vagin; les glandes mammaires sont bien formées. Le Dr Oldham vit souvent la patiente. Elle se maria. Pendant trois ans, l'ovaire droit fut seul augmenté de volume; puis, pendant deux ans, ce fut l'ovaire gauche qui fut affecté des phénomènes que nous allons décrire, le droit, au contraire, paraissant se reposer.

L'arrivée du nisus menstruel se faisait quelquefois sentir brusquement; elle se couchait le soir sans rien présenter de particulier et, le matin, l'ovaire était volumineux. Plus généralement cependant, l'augmentation du volume de l'ovaire était graduelle, durait quatre jours pour diminuer ensuite peu à peu; le processus complet mettait, en général, de dix à douze jours à évoluer. L'ovaire doublait ainsi de volume et prenait une forme aplatie qui montrait bien que l'organe tout entier entrait à ce moment en fonction. Du reste, la jeune femme n'éprouvait pas de souffrances; aucun phénomène sympathique ne traduisait la suppléance du flux menstruel.

Cas II. — Une fille de 20 ans n'avait jamais été réglée; elle était grande, d'aspect strumeux, de santé faible; les mamelles étaient développées néanmoins et le bassin bien conformé. L'ovaire, aussi bien du côté droit que du côté gauche, faisait saillie au niveau de l'anneau inguinal externe, mais se réduisait à la moindre pression. L'un et l'autre avaient le volume d'une petite noisette et présentaient au toucher une notable dureté. Pas de trace de canal vaginal ni d'utérus.

M. Holmes Coste (*The Lancett*, 1864) en a publié un cas: Une jeune femme fut admise à cette époque à Bartholomew's

Hospital, avec tous les symptômes d'une hernie étranglée. L'ovaire et une partie de la trompe de Fallope étaient contenus dans le sac. Une tumeur de même nature existait aussi du côté droit. L'ovaire gauche fut enlevé avec une portion d'épiploon; les douleurs et la constipation persistèrent, et la patiente mourut le quatrième jour; la cause de la mort fut attribuée au déplacement de l'estomac et du côlon transverse. Les deux ovaires étaient développés; la menstruation régulière; l'utérus n'existait pas et le vagin formait un canal d'un pouce et demi de long.

Le Dr Oettingen rapporte le cas suivant :

Une femme de 41 ans présentait une hernie crurale dans laquelle fut diagnostiquée l'existence d'un ovaire. En présence de symptômes de péritonite, le sac fut ouvert et l'ovaire et la trompe furent réduits dans l'abdomen (*Saint-Petersburg, med. Zeitschrift*, 1868).

Lassus relate deux cas (*Pathologie chirurgicale*). Dans l'un, l'ovaire fut enlevé; dans le second, la hernie fut réduite avec succès.

Le Dr Meadows (*Obstetrical transactions* vol. III) en rapporte un cas propre à M. Lawson, qui nous a fourni les renseignements suivants :

11 octobre 1877. — La patiente était une jeune femme n'ayant pas plus de 20 à 22 ans et qui avait été placée à l'âge de 15 ans à St-Elizabeth's Home, comme incurable. Elle avait dans le canal inguinal droit une petite tumeur rappelant exactement un testicule non descendu. Elle se plaignait de ce qu'à chaque période menstruelle, la masse augmentait notablement de volume, les parties voisines subissaient le même phénomène et devenaient douloureuses au point de lui interdire tout travail. Néanmoins, la santé générale était bonne et, dans l'intervalle des périodes menstruelles, elle pouvait aller et venir et même se livrer à un travail modéré. Pensant avoir

affaire à un ovaire hernié dans le canal inguinal, je me décidai à intervenir. Je choisis une époque post menstruelle, et assisté des Drs Meadows et Alexandre Edwards (aujourd'hui décédé), j'ouvris le sac. J'arrivai sur l'ovaire et sur la trompe de Fallope dilatée. J'enlevai l'ovaire sans difficulté et laissai la trompe, mais en fermant la plaie, j'eus soin d'y passer une épingle à bec-de-lièvre qui, transfixant la trompe, la fixa à la cicatrice. La guérison survint sans accident. La période menstruelle suivante n'amena aucun trouble, et plusieurs années après, la santé était toujours excellente.

Le Dr Meadows a pu constater que l'ovaire avait subi des modifications profondes. Il offrait de nombreux espaces irréguliers, en forme de tête d'épingles, d'un quart à un demi-pouce de long, tous remplis d'une sorte de liquide séreux paraissant provenir du pédicule. Ce liquide ne semblait pas être celui des vésicules de Graaf.

Courty a vu :

1° Une hernie inguinale droite, réductible, probablement congénitale, chez une enfant de 10 ans, qu'il perdit de vue ;

2° Une hernie crurale droite, irréductible, chez une fille de 40 ans : à chaque période menstruelle, sa hernie augmentait de volume et devenait douloureuse ;

3° Une hernie crurale droite chez une femme de 42 ans, qui assurait que sa tumeur, dont la première apparition remontait à quinze ans, devenait plus volumineuse et douloureuse à chaque époque menstruelle et qui succomba avec des symptômes d'étranglement et de péritonite. La péritonite eut une marche subaiguë et dura quinze jours. Elle eût pu être sauvée, mais elle se refusa à toute intervention.

Scanzoni a vu un cas de hernie inguinale qui augmentait de volume à chaque époque cataméniale.

Une observation, pleine d'enseignement, a été publiée par le Dr Léopold, sous le titre : Développement rudimentaire des

tubes de Muller. Hernie inguinale de la corne utérine gauche. Extirpation de cette partie de l'utérus et de l'ovaire gauche. Guérison. (*Archiv. für Gynœk.*, 1879.)

Le sujet était âgé de 28 ans. Elle avait toujours joui d'une bonne santé. Le molimen menstruel se fit sentir dès l'âge de 14 ans, avec grande régularité, se traduisant par des douleurs, sans qu'aucun flux menstruel se fît jour au dehors. La douleur se faisait sentir dans le pli de l'aine gauche et, dès le premier jour du molimen, la petite tumeur, qui siégeait en ce point et avait la grosseur d'une prune, augmentait de volume et devenait très douloureuse, pour, vers la fin du molimen, revenir à son volume ordinaire. La douleur était alors si vive, qu'il lui fallait garder un repos absolu; encore l'excitation nerveuse était-elle extrême. A 20 ans, elle se maria, et un an plus tard vint nous consulter. Le vagin fut dilaté à l'aide d'incisions et de tentes de laminaria, mais il fut impossible d'arriver à l'utérus. Le vagin, très court, se terminait en cul-de-sac. Par le toucher vaginal, aussi bien que par le toucher rectal, on ne put sentir ni l'utérus, ni l'ovaire. Au molimen menstruel (4 février), qu'il nous fut donné d'observer, nous pûmes voir la face se congestionner et une épistaxis survenir, accompagnée de rigidité, de claquements des dents, de convulsions des extrémités, et finalement, pendant quelques minutes, de spasme tétanique. Survint alors, sur le bras et la main droite, une sueur profuse qui se localisa sur ce point, à l'exclusion du côté droit, de la face et des extrémités inférieures. Le lendemain, la face était enflée et les muqueuses fortement injectées. Pas de fièvre. Le plus léger attouchement sur la tumeur déterminait une vive douleur; la tumeur elle-même paraissait plus large et plus proéminente. Ces phénomènes persistèrent pendant cinq jours. Les douleurs étaient si intenses qu'à plusieurs reprises, la patiente tenta de se suicider. La tumeur fut enlevée. En divisant le péritoine, on put constater que, ce qui avait été pris pour l'ovaire, constituait le fond de l'utérus réduit à un très petit volume. De son pôle le plus externe, naissait la trompe de Fallope, et de l'interne

le cordon que l'on sentait avant l'opération et qui n'était autre que le ligament rond. On ne trouva pas trace de col ou de portion vaginale de l'utérus. L'ovaire et la trompe furent coupés, après application d'une ligature entre ces organes et l'utérus. On put alors constater que l'utérus était bicorne; sa corne gauche fut enlevée au delà de la ligature. Une goutte d'un mucus clair jaillit de sa cavité, qui était très petite. Rien de remarquable dans les suites de l'opération. Le molimen menstruel se reproduisit sans accidents et les phénomènes nerveux ne reparurent pas.

Un examen minutieux de l'ovaire montra le développement normal des ovules; la ponte eût donc été possible, bien que l'utérus fût rudimentaire et cloisonné, le vagin incomplètement développé et qu'il n'y eût jamais eu la moindre effusion sanguine au niveau de la muqueuse utérine.

Le Dr Beigel dit à ce sujet (*Die Krankeiten des Werblicken geschlechter*, 1874): Le gonflement de l'ovaire prolabé se produit parfois, non seulement pendant la menstruation, mais aussi durant le coït. Sur six cas de hernie de l'ovaire qu'il a pu observer, deux constituaient des hernies crurales doubles. L'un des sujets éprouvait pendant les rapports sexuels de telles douleurs qu'elle dût y renoncer complètement; le second n'éprouvait pas les mêmes troubles; la hernie avait fait son apparition dès l'âge de 12 ans; deux grossesses n'avaient rien présenté d'anormal.

Boinet relate un cas intéressant (*Maladies des ovaires*, 1877) présenté par Guersant, à la *Société de chirurgie* en 1858.

Le sujet était une fille de 3 ans. Elle portait dans chaque aine une tumeur dont la découverte remontait à six mois. Depuis lors, ces tumeurs s'étaient sensiblement accrues. Celle du côté droit avait le volume d'un œuf de pigeon; l'une et l'autre étaient solides et la gauche se réduisait facilement. A l'autopsie, on put constater que les deux fosses iliaques étaient remplies par d'énormes tumeurs se rejoignant sur la ligne

médiane et formées par les ovaires hypertrophiés et dégénérés (encéphaloïdes). Une partie pénétrait dans le canal inguinal. Pas d'utérus. Le vagin formait un petit cul-de-sac.

Dans un cas opéré par Lassus (*Pathologie chirurgicale*, 1806) sur un enfant de 5 ans, l'ovaire avait doublé de volume.

Le Dr Rheinstaedter (de Cologne) rapporte le fait suivant (*Centralblatt fur Gynœlk*, 1878) :

En décembre 1877, il enleva à une femme de 68 ans une tumeur ovarienne, plus grosse qu'une tête d'enfant et très élastique. En même temps que l'ovaire, il débarrassa la femme de la trompe et du ligament rond correspondants. Le sac contenait aussi de l'intestin. Il ne put trouver l'utérus. La femme guérit. Une hernie de l'ovaire normal, qui apparut dans le même côté, fut maintenue à l'aide d'un bandage. L'ovaire enlevé était sarcomateux.

Un cas de hernie inguinale de l'ovaire, simulant un étranglement, est relaté par C. Raffo (*Lo Sperimentale*, 1881). Opération. Guérison.

Scanzoni (*Beitrag. Band.* 7, 1873) rapporte une observation de grossesse survenant dans une hernie inguinale de l'utérus.

Le sujet fut menstrué pour la première fois à 21 ans. A 28 ans, elle accoucha d'un enfant à terme et vivant. Deuxième grossesse deux ans plus tard. Quatre semaines après, en soulevant une lourde futaille de vin, elle tomba et une hernie du volume d'une noix apparut dans le pli de l'aine gauche. Elle ne put être réduite. Elle en souffrit tout d'abord, mais bientôt tout se calma, sauf aux époques menstruelles, car alors la tumeur gonflait notablement. Ces phénomènes se reproduisirent ainsi pendant quatre ans. A ce moment une fièvre typhoïde qu'elle subit s'accompagna de leucorrhée profuse et d'hémorrhagies, tandis que la tumeur acquérait en très peu de temps le volume d'un poing d'adulte. On pensa alors que l'utérus

avait pénétré dans le sac de la hernie. En examinant le vagin, on pouvait constater que le canal vaginal était très allongé et rétréci et qu'on ne pouvait arriver jusqu'au col utérin. Elle conçut encore et avorta; à ce moment la tumeur, qui avait acquis le volume des deux poings, se réduisit rapidement de moitié. Huit mois et demi après l'avortement, nouvelle grossesse; le gonflement s'accrut graduellement. Elle avait alors 39 ans, était vigoureuse et en bonne santé. La tumeur devint aussi volumineuse qu'une tête d'adulte au point de couvrir le pubis. On n'y percevait pas les battements du cœur du fœtus, seulement le souffle utérin. Les douleurs étaient vives et il s'y joignit bientôt de la rétention d'urine. On résolut de provoquer le travail. Un cathéter fut passé dans l'utérus et trois onces d'eau tiède y furent injectées. Un fœtus mort et le placenta furent expulsés. Le jour suivant, douleurs assez vives dans la tumeur. La patiente guérit; la tumeur diminua de volume et devint moins douloureuse.

Lorinser relate le cas d'une femme de 70 ans (*Wiener Med. Wochenschrift*, 1880), qui fut prise de vomissements et d'autres signes d'étranglement. Elle avait été régulièrement menstruée depuis l'âge de 17 ans jusqu'à 32, mais elle n'avait pas eu d'enfants. Dans le canal inguinal gauche, on trouvait une tumeur dure, du volume d'une noix, que l'on présuma être l'ovaire.

Le Dr Loumaigne (Paris, 1869) relate un fait et traite du gonflement périodique de l'ovaire hernié. Il en cite d'autres faits.

Le Dr Englisch (*Stricker's Jahrbucher Wien*, 1871) rapporte deux cas qui lui sont personnels; il a pu en réunir 38 observations, dont quelques-unes se trouvent dans ce mémoire.

L'observation suivante m'est personnelle.

T. S..., célibataire, maîtresse d'école, âgée de 41 ans, est

admise à Saint-George's Hospital, dans le service du Dr Barnes, le 31 mars 1877. Elle a toujours joui d'une bonne santé. Règles régulières, mais peu abondantes, s'accompagnant de quelques douleurs ; pas de leucorrhée. A l'âge de 24 ans, elle a vu paraître une hernie dans l'aine gauche et a dû depuis lors porter un bandage. Trois ans après, elle constate l'existence d'une deuxième grosseur, un peu au-dessous de la hernie primitive; elle n'a reçu ni coups ni foulure. La tumeur, à chaque période menstruelle, assure-t-elle, double de volume, devient tendue et douloureuse. Cet état persiste une semaine après la période cataméniale ; elle revient alors graduellement sur elle-même et peut à ce moment être palpée sans douleur. Ces phénomènes paraissent avoir été moins marqués cette fois. La tumeur, examinée dans la semaine qui suit la cessation des règles, est plus volumineuse qu'un œuf de pigeon. Elle occupe la moitié supérieure de la grande lèvre gauche et se dirige obliquement de droite à gauche. Elle est compressible et mobile à un léger degré. La palpation cause une très petite douleur ; sa surface est unie. Elle mesure 1 pouce 1/2 de long sur 1 1/8 de large ; elle est bien nettement distincte de la hernie inguinale qui s'est produite antérieurement. L'anneau inguinal externe est notablement élargi.

24 avril. Apparition inopinée des règles. La tumeur se ramollit légèrement et mesurée très exactement montre un certain degré d'augmentation de volume.

Le 25. Le ramollissement augmente et s'accompagne d'une vive douleur à la partie interne de la cuisse gauche. La tumeur mesure 1 pouce 5/8 de longueur, et 1 1/8 de largeur.

Le 26. Pas d'augmentation de volume ; moins de mollesse dans la tumeur.

Le 27. Rien à noter.

Le 28. Cessation des règles. Pendant cette période, la température oscille de 97 à 98°,6 Farh.

19 mai. La longueur de la tumeur est 1 pouce 3/8.

Le 20. Les règles apparaissent après de légers symptômes prémonitoires. La tumeur redevient molle et des douleurs s'y

font sentir, ainsi qu à la partie interne de la cuisse; longueur, 1 4/8.

Jusqu'au 25 mai, date de la fin des menstrues, la tumeur conserve à très peu près le même volume.

Comme la nécessité de cet arrêt périodique était sérieusement préjudiciable aux occupations de la malade et que sa situation n'était pas exempte de tout danger, une consultation dans le but d'enlever la tumeur fut décidée. Elle eut lieu avec M. Pollock le 7 juin. La tumeur était adhérente aux tissus voisins et dut être disséquée. On ne trouva pas de connexions bien nettes avec le péritoine, ni de traces de la trompe de Fallope.

La patiente quitta l'hôpital à la fin de juin, en bon état de santé.

L'examen microscopique de la tumeur par le Dr Ewart, alors conservateur du Musée, montra qu'on avait bien eu affaire à l'ovaire. Je la soumis plus tard au Dr Goodhart, qui en fit le minutieux examen et m'adressa le rapport suivant, qui du reste confirme le premier.

La masse enlevée est si adhérente aux tissus environnants qu'elle a perdu toute forme caractéristique et que son aspect ne permet pas de préjuger de sa nature. Mais la section de la tumeur montre qu'elle se compose d'une capsule fibreuse épaissie se confondant avec un stroma fibreux plus spongieux. A un examen plus minutieux, on peut constater la présence de kystes, offrant en un point de petits foyers jaunes de pigment sanguin altéré. Le microscope indique nettement la nature fibreuse du stroma, dans les mailles duquel sont de petits kystes de volume et d'apparence variables. Quelques-uns sont larges, à bords sinueux et non revêtus d'épithélium; d'autres ont leurs parois chagrinées par des grains de pigment jaunâtre et de cellules; la plupart sont revêtus d'une couche régulière d'épithélium cylindrique en apparence (car, à la section, les cellules sont polygonales); enfin, quelques kystes plus petits, 1/500 de pouce, paraissent s'être développés dans l'intérieur

des plus volumineux, rappelant ainsi les ovaires et les ovules (1).

La température et le pouls de la malade n'ont pas présenté de variations susceptibles d'éveiller notre attention.

Nous devons incidemment faire remarquer que, souvent, nous avons noté dans les cas d'inflammation pelvienne une exagération de la température et de la rapidité du pouls à chaque période menstruelle. L'augmentation de volume était aussi très nette et nous n'en pouvions douter, à voir parallèlement se développer la douleur.

Second cas (Dr Barnes) :

En octobre 1881, une femme nous était adressée par M. Hunt, de Hammersnuth. Elle avait quatorze enfants dont le dernier était âgé de 4 ans. Depuis ses dernières couches, elle souffrait d'une chute de matrice (elle venait à moi pour cette affection), et portait un bandage et un pessaire ; elle éprouvait dans les deux aines, qui étaient gonflées, des douleurs qu'elle comparaît à celles du travail. Menstruation abondante et non douloureuse. Il y avait un an qu'elle avait vu se produire un gonflement dans l'aine gauche, et une semaine seulement qu'un gonflement semblable était survenu avec de vives douleurs, dans le côté droit. Ces tumeurs me parurent être les ovaires ; leur diamètre longitudinal coïncidait avec le pli de l'aine ; aussitôt après les périodes, elles se ramollissaient et devenaient brûlantes, disait-elle, mais les mêmes phénomènes se reproduisaient à d'autres moments. Lorsque la patiente était couchée sur le dos, on sentait nettement les deux tumeurs ; mais si on la faisait mettre sur le flanc gauche, on ne les trouvait plus : elles étaient rentrées dans l'abdomen. Le vagin était élargi et l'utérus descendait à chaque effort de toux. Nous lui appliquâmes un pessaire de Hodges.

---

(1) Cette disposition est figurée très nettement dans les planches intercalées dans le texte ; cependant, nous n'avons pas cru absolument nécessaire de les reproduire, pas plus que la légende qui les accompagne.

Voilà donc un exemple bien net de hernie inguinale double et réductible des ovaires. Nous n'avons pas revu cette dame. Les ovaires pouvaient être maintenus par un bandage convenable, mais il est très probable que l'ablation pouvait aussi devenir nécessaire.

La double hernie des ovaires est fréquente chez les hermaphrodites et peut alors être prise pour des testicules; le cas présenté par le Dr Chambers à la Société obstétricale (1880) est, à ce point de vue, très intéressant :

Une femme, du moins prise pour telle, âgée de 24 ans, a de tous temps remarqué un gonflement dans les plis inguinaux. Elle n'a jamais été réglée et n'a pas eu de molimen menstruel. Elle ne présente qu'un court vagin conique au fond duquel s'ouvre l'urèthre. On ne trouve pas d'utérus. Les deux tumeurs sont enlevées et les Drs Galabin et J. Williams reconnaissent que ce sont des testicules imparfaitement développés. La section montre, en effet, des tubes qui semblent caractéristiques de ces organes.

Il est très probable que si, dans d'autres cas, les organes enlevés avaient été minutieusement examinés, ce qui semblait être des ovaires aurait bien pu être des testicules. Le défaut d'examen sérieux diminue beaucoup la valeur des quelques cas recueillis et ne permet guère de discuter de leur signification anatomique et physiologique (1).

La hernie de l'ovaire, accidentelle ou acquise, est presque

(1) Depuis que ce mémoire a été écrit, nous avons vu une très intéressante note du Dr Swasey sur un cas de malformation des organes sexuels, dans *The American Journal of obstetrichs*, janvier 1881. A ce sujet, différentes opinions furent émises sur le sexe de la patiente. Le Dr Mundé pensait que les corps herniés étaient des testicules, parce qu'ils présentaient une subdivision rappelant l'épididyme; le Dr G. Thomas était plutôt d'avis que c'étaient les ovaires. Malgré l'opinion du Dr Chamber et de quelques autres, nous ne pouvons faire rentrer ce cas, pas plus que celui présenté récemment (octobre 1882) à la Société obstétricale, par le Dr Fancourt Barnes, dans l'étude des hernies vraies de l'ovaire. C'est plutôt l'hermaphrodisme neutre de G. Saint-Hilaire.

toujours unilatérale et siège alors de préférence du côté droit. Elle tend à se produire plus souvent après le travail, quand déjà existe une hernie intestinale ou épiploïque. Cette préférence pour le côté droit peut peut-être s'expliquer par ce fait que l'ovaire droit est logé un peu plus bas dans la fosse iliaque que l'ovaire gauche. Par contre, l'ovaire gauche a plus de tendance à tomber dans le sac de Douglas, qui est plus profond à gauche qu'à droite (1).

*La coïncidence de la hernie de l'ovaire avec une anomalie des organes de la génération est d'une fréquence digne de remarque.*

Dans les cas de Oldham, Holmes Cootes, Morel Lavallée, Boinet, Rheinstädter, Cazeana, il n'y avait pas d'utérus; dans le cas de Léopold, l'utérus était bicorne.

*Un autre fait à noter est la fréquence de la grossesse extra-utérine coïncidant avec la hernie de l'ovaire.*

Il existe plusieurs variétés de hernie de l'ovaire. L'ovaire peut, en effet, sortir de l'abdomen par l'ombilic, le canal inguinal, l'anneau crural, l'échancrure ischiatique.

La plus commune est la variété inguinale : c'est celle, en tous cas, à laquelle s'attache le plus grand intérêt, tant physiologique que chirurgical. Le premier point à signaler est la prépondérance remarquable de la hernie inguinale sur la crurale, quand l'ovaire est en jeu. On pourrait supposer que cette fréquence est en opposition avec la forme de hernie que l'on rencontre ordinairement chez la femme. Mais Cruveilhier dit formellement que la hernie inguinale simple est bien plus fréquente chez la femme qu'on ne le dit généralement; English, qui omet de citer Cruveilhier, avance que sur les 38 cas qu'il a pu réunir, il a trouvé 27 cas de hernie inguinale, 9 de hernie crurale, 1 du trou obturateur droit, et 1 ischiatique.

(1) Nous avons fait de nombreuses observations sur les particularités anatomiques du cul-de-sac de Douglas, mais sans en avoir encore fait une description méthodique. Quelques extraits se trouvent dans un mémoire sur les tumeurs rétro-utérines (in *Saint-George's Hospital Reports*, 1876), et dans les *Maladies des femmes*, 2e édit., 1878.

Le Dr Engelmann relate deux cas de déplacement antérieur de l'ovaire simulant une hernie inguinale. Il appelle l'attention sur cette forme de déplacement non encore décrite (Amer. Gyn., Trans., 1880).

Cas I. — S. C..., fille âgée de 24 ans. A 19 ans, elle est tombée par une fenêtre; mais déjà elle était atteinte de faiblesse physique et mentale. La dysménorrhée s'accentua depuis cet accident, et elle nota pour la première fois un gonflement douloureux dans le côté gauche. Cette masse, comme elle l'appelle, lui a toujours causé une grande peine. Le côté droit est absolument indolore, alors que le gauche est toujours plus ou moins tendu et très sensible pendant les périodes menstruelles; c'est à ce moment seulement qu'on peut examiner la tumeur, quoique on puisse parfois l'obliger à paraître en plaçant la malade sur le dos ou en la faisant tousser. Dès que l'engorgement physiologique se produit, quelques jours avant l'écoulement, cette masse fait son apparition dans l'aine, au point où sortent les hernies inguinales : alors la malade peut à peine marcher, souvent même il lui faut rester au lit; elle est incapable de se tenir sur la jambe gauche. Il lui est impossible de porter un bandage. Son état général est mauvais; elle est profondément émaciée; le vagin est vierge, et l'utérus légèrement antéfléchi; l'ovaire droit ne peut pas être atteint; le gauche, au contraire, est facilement perceptible en avant dans le cul-de-sac vésico-utérin; il est sensible, notablement élargi et très mobile. Le canal inguinal n'est pas ouvert. Par contre, si l'on examine la malade quand la masse est herniée, on ne retrouve plus l'ovaire dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Le Dr Engelmann enleva l'ovaire par une section abdominale. Un rapide examen permit de constater l'absence d'un ovaire droit, puis la plaie fut fermée. Guérison rapide. Aux époques menstruelles suivantes, la tumeur ne reparut plus dans l'aine.

Dans le second cas du même auteur, on avait affaire à un

déplacement en avant de l'ovaire droit, simulant pendant longtemps un début de hernie inguinale et s'accompagnant de troubles nerveux et mentaux. Le traitement institué ne donna aucun résultat.

Dans la discussion qui suivit la lecture de ces deux observations, le Dr Byford mentionna un cas de hernie complète. La patiente guérit.

Balley rapporte (thèse pour le doctorat, 1854) un cas de hernie inguinale droite chez un enfant. D'autres cas sont décrits par A. K. Hesselbach (*Erkenntniss des Eigeweidebrüche, Nürnberg*, 1849), par Zogbaum (*Dissertatio de hernia ovarii*, Jena, 1844), par Mülert (*Zur Lehre von der Hernia ovarii primatia inguinali et crurali* (*Journal der Chirurg.*, 1850).

L'affection connue sous le nom de prolapsus de l'ovaire, affection dans laquelle l'ovaire, sain ou malade, tombe dans le fond de l'espace de Douglas, ne peut être considérée comme une hernie.

Une portion d'intestin ou d'épiploon peut accompagner l'ovaire, comme dans le cas de César Howkins, dans un cas opéré par Cusco, enfin, dans quelques autres. Mais, dans plusieurs cas où des symptômes d'étranglement ont nécessité l'opération, on n'a plus trouvé dans le sac qu'un ovaire hernié.

Dans certains cas où l'épiploon, sans intestin, compliquait la hernie ovarienne, des symptômes d'étranglement ont pu survenir et servir de motif à l'intervention.

On a trouvé encore avec l'ovaire hernié la trompe de Fallope correspondante et l'utérus, et il existe même des faits. Scanzoni et Gouey en citent dans leur mémoire, où l'utérus fécondé faisait partie de la tumeur.

Schmidt (1865) dit que : 1° les hernies ovariennes inguinales sont le plus souvent congénitales ; 2° les hernies congénitales contiennent toujours les deux ovaires, et les trompes, tandis que celles qui sont acquises ne contiennent que l'ovaire. Dans ces derniers cas, le ligament large est généra-

lement entraîné au dehors, l'utérus est appliqué contre l'anneau herniaire, d'où l'irréductibilité de l'ovaire. Dans la hernie acquise, les deux ligaments sont le plus souvent allongés.

Bérard relate un cas, qu'il croit unique, dans lequel une trompe de Fallope était seule herniée. La trompe était notablement hypertrophiée, le sac était hydropique et la ponction fut suivie de mort. L'autopsie montra l'exactitude du diagnostic (*l'Expérience*, 1839).

L'histoire des hernies de l'utérus se lie intimement à celle des hernies de l'ovaire. Cruveilhier a étudié ce sujet avec sa sagacité habituelle. Il dit que : « les auteurs ont complètement séparé les hernies ovariennes des hernies utérines. « Mais plusieurs cas de hernie de l'ovaire qu'il nous a été « donné de voir, à la Salpêtrière ou ailleurs, nous ont conduit « à admettre sur la hernie de l'utérus la théorie suivante : « 1° La hernie utérine est consécutive à celle de l'ovaire et de « la trompe de Fallope et c'est par une sorte de traction, de « tiraillement que l'utérus est déplacé. La preuve en est que, « dans les hernies de l'ovaire et de la trompe, l'angle correspondant de l'utérus se place derrière l'orifice interne du « canal inguinal, ou même s'engage dans cet orifice. L'utérus « a subi un mouvement de torsion et une sorte d'élongation « dans le sens de l'angle attiré vers la hernie. Si cette théorie « est vraie, la hernie de l'utérus doit toujours s'accompagner « de hernie des ovaires et des trompes, bien que dans un « premier degré, on ne trouve qu'un ovaire et une trompe. « C'est seulement en second lieu, quand tout le fond de l'utérus a été attiré dans la hernie, que les deux ovaires et les « deux trompes s'y trouvent aussi. Or, dans le premier cas de « Lallemand, il n'y avait que l'ovaire et la trompe du côté « droit. 2° L'attraction de l'ovaire déplacé et des trompes « s'explique très bien par les connexions intimes de ces « annexes, qui agissent sur l'utérus comme des cordages, et « par une disposition anatomique qui paraît avoir échappé à « l'attention des observateurs. C'est la suivante : l'ovaire

« déplacé et la trompe sont toujours fixés à la paroi posté-
« rieure du sac herniaire par leurs ailes ; ils ne se déplacent
« jamais sans le ligament large qui les supporte, d'où il
« résulte que l'agrandissement du sac se fait en partie aux
« dépens du ligament large, nouvelle source d'attraction de
« l'utérus. »

Si cette théorie est vraie, l'étude des hernies de l'ovaire et de leurs causes prédisposantes est nécessairement applicable aux hernies de l'utérus et la hernie de l'ovaire peut être considérée comme le premier degré de la hernie utérine. Or la présence du canal de Nuck et sa persistance chez quelques femmes, même à un âge avancé, nous semble expliquer en partie, non seulement la fréquence de la hernie inguinale ordinaire chez la femme, fréquence qui est plus grande qu'on ne l'admet généralement, mais aussi la hernie congénitale ou acquise de l'ovaire, et encore les hernies correspondantes de l'utérus même à un âge avancé. La situation des ovaires, des trompes et du fond de l'utérus au-dessus du pubis explique comment la hernie de l'ovaire a été plus fréquemment observée dans le jeune âge qu'à l'âge adulte ou dans la vieillesse. Dans un des cas de M. Cés. Hawkins, la trompe de Fallope et l'utérus étaient tiraillés au point de former un canal de 14 pouces de longueur. Ces faits montrent bien l'extrême ductilité de l'utérus.

Puech, qui a aussi étudié le sujet avec grand soin (*Nouvelles recherches sur les hernies de l'ovaire,* Ann. de gynéc., 1878), pose des conclusions analogues. Il dit : « Pour qu'une
« grossesse puisse se développer en dehors de la cavité de
« l'abdomen, il faut nécessairement supposer que l'ovaire et
« la trompe s'y trouvaient au préalable, le premier pour four-
« nir l'œuf à féconder, la seconde pour y amener les sperma-
« tozoaires indispensables au grand acte de la conception. »

Billard a disséqué une enfant nouveau-née, chez laquelle il a trouvé le ligament rond court et épaissi, et il crut pouvoir attribuer aux tractions exercées par ce ligament l'inclinaison

de l'utérus et l'échappement de l'ovaire par le canal de Nuck.

Deneux dit : « Le canal de Nuck, qu'il est rare de trouver naturellement, peut être produit artificiellement. Il peut être simulé par des tiraillements qu'exerce le ligament rond au-dessous de l'anneau. Le péritoine est ainsi entraîné en formant un canal. Chez un enfant nouveau-né, il est possible d'y loger un ovaire. Chez l'adulte, le canal peut rester ouvert. L'antéversion de l'utérus, surtout avec obliquité ou inclinaison de l'un de ses angles supérieurs, favorise alors la hernie chez l'adulte. » (*Recherches sur les hernies de l'ovaire*, 1815.)

César Hawkins nous a dit aussi : « Le ligament rond détermine plus fréquemment la sortie de l'ovaire dans l'aine qu'à l'anneau crural, comme dans le cas qui m'est personnel. »

Nous désirons maintenant discuter quelques-uns des phénomènes physiologiques intéressants que nous permettent d'étudier les faits précédemment énoncés, ainsi que quelques autres, puisés à des sources différentes.

La mensuration de l'ovaire à l'époque de la menstruation a été faite sur des femmes succombant pendant leur période cataméniale.

Puech en fournit trois observations :

| Jour de l'écoulement. | Longueur. | Largeur. | Epaisseur. | |
|---|---|---|---|---|
| 1er Cas. — 2e jour......... | 45 millim. | 36 | 26 | Ovaire droit. |
| | 41 — | 24 | 12 | — gauche. |
| 2e Cas. — 3e jour......... | 38 — | 29 | 22 | — gauche. |
| | 38 — | 18 | 8 | — droit. |
| 3e Cas. — Cessant le jour de la mort....... | 47 — | 30 | 24 | — droit. |
| | 42 — | 20 | 12 | — gauche. |

Raciborski donne deux faits (*Traité de la menstruation*, 1868) :

| | Longueur. | Largeur au niveau de la vésicule. | |
|---|---|---|---|
| 1er Cas.......... | 41 millim. | 37 | Ovaire droit. |
| | 39 — | 14 | — gauche. |
| 2e Cas.......... | 50 — | 38 | — gauche. |
| | 50 — | 23 | — droit. |

Ces observations sont évidemment défectueuses en quelques points intéressants, mais elles montrent clairement ce fait de l'augmentation notable du volume de l'ovaire chargé de fournir l'ovule pour l'imprégnation.

Verdier (*Traité pratique des hernies*, 1840) rapporte que, dans une hernie crurale de l'ovaire droit, l'ovaire devenait plus volumineux aux époques menstruelles.

On a observé l'augmentation de volume des ligaments ronds pendant la menstruation. Deneux cite Morgagni comme ayant trouvé cet organe du volume du petit doigt. Portal a pu le voir grossir à chaque apparition des règles et constater le plus gros volume de ses vaisseaux pendant la grossesse. Deneux a plusieurs fois observé, durant la gestation, ces ligaments former de l'anneau inguinal à la grande lèvre un cordon du volume du doigt, que rendaient très douloureux les mouvements de la cuisse. Les recherches de Rainey (*Philosophical transactions*, 1850) sur la structure et les fonctions de ces ligaments viennent appuyer ces observations. Leur structure musculaire et leur contractilité expliquent suffisamment l'attraction qu'ils exercent sur l'ovaire fixé à l'angle de l'utérus.

Un point très intéressant à détermieer est celui de savoir l'ordre dans lequel se succèdent les phénomènes de la menstruation. Il est certain que le flux menstruel propre à l'utérus n'est pas le phénomène primitif ni même un phénomène nécessaire. Le molimen menstruel peut très bien suivre son cours, sans qu'on voie survenir aucun flux utérin. Dans les cas où l'utérus n'existe pas, et dans un grand nombre d'autres cas, le flux se fait jour par la membrane muqueuse de quelque autre organe, constituant une menstruation véritable, supplémentaire ou ectopique. L'exsudation sanguine doit alors être considérée comme un heureux moyen de déplétion pour le système vasculaire surchargé. La pression y est en effet considérable. Immédiatement avant la menstruation, on observe une remarquable plénitude de vaisseaux périphériques de la peau et généralement aussi des membranes muqueuses; ordinairement, le système glandulaire tout entier

présente une grande suractivité. Ces phénomènes sont surtout marqués dans la région pelvienne, et si la déplétion ne peut se faire par l'utérus, elle tend à se produire en quelques autres points.

Or, il doit y avoir, précédant la plénitude vasculaire périphérique, un phénomène qui domine dans le flux menstruel. Ce phénomène peut servir, soit aux conditions dans lesquelles se trouve l'ovaire, soit à l'état du système nerveux. Longtemps avant l'apparition du flux, nous savons que, chez beaucoup de femmes, des troubles nerveux variés se manifestent. Ces troubles indiquent-ils qu'une altération des centres nerveux est le *primum mobile* dans le cycle des phénomènes? Rien ne permet de l'affirmer. Il peut bien se faire que le premier signal soit donné par l'ovaire, et si nous admettons cette hypothèse pour un instant, nous pourrions peut-être montrer, sans grande difficulté, que les modifications dont l'ovaire est le siége sont dues au développement et à l'expulsion imminente d'un ovule. Mais nous devons aussi ne pas perdre de vue la tension périodique du système nerveux qui atteint son acmé à l'époque menstruelle, se calme au moment ou apparaît le flux menstruel, pour reprendre de nouveau à l'époque cataméniale suivante. Une augmentation analogue de la tension nerveuse, une plénitude du système vasculaire périphérique s'observent aussi pendant la grossesse. Une somme d'énergie nerveuse s'accumule pour parer aux efforts musculaires du travail. Qui produit le travail en effet? Éternel problème qui a donné lieu à bien des théories ingénieuses. La solution de la question pourrait bien se trouver dans l'étude des analogies qui rapprochent la menstruation et la grossesse. Il semble raisonnable de penser que l'impulsion donnée au travail par la tension et l'irritabiliié des centres nerveux vient de l'ovaire.

Dans l'espoir d'apporter quelque clarté dans la question, j'ai institué des observations sphygmographiques qui ont été faites par le docteur Fancourt Barnes (1). Elles montrent net-

(1) Voir le texte (in *Amer. Journ. of obstet.*).

tement que la tension vasculaire maximum se produit trois jours avant l'apparition du flux menstruel; qu'elle diminue quand il apparaît, quelle continue à décroître parallélement à la menstruation et que la tension redevient normale trois jours après la cessation du flux cataménial.

Nous sommes alors justifiés de conclure que l'exagération des tensions, vasculaire et nerveuse, précèdent le flux menstruel et coexistent avec lui. Reste à savoir laquelle des deux, tension nerveuse, tension vasculaire, précède ou suit, commande ou subit le molimen ovarien. Certains faits peuvent nous aider à éclaircir cette question. En premier lieu, l'ovulation suit son cours dans beaucoup de cas où le système nerveux et le système vasculaire sont dans des conditions telles que le flux menstruel ne peut se faire, soit que la tension vasculaire se trouve insuffisante pour produire l'exsudation sanguine, soit que la torpeur persistante des centres nerveux les empêche de subir l'influence du stimulus ovarien ou de quelqu'autre cause. Nous voyons du reste qu'au moment où l'ovulation touche à son terme, l'exagération des tensions vasculaire et nerveuse devient irrégulière, capricieuse et finit par disparaître. Et si, comme nous le pensons, nos mensurations sur l'ovaire hernié sont fidèles, on peut noter que le volume maximum de l'organe est atteint le premier jour du flux menstruel, mais que la douleur le précède de deux ou trois jours.

Des faits nombreux nous portent à conclure que le primum mobile est l'ovaire. Une sensation de malaise dans le bassin est habituellement le premier avant-coureur des autres phénomènes nerveux et peut précéder de quelques jours l'apparition du flux cataménial. L'histoire des phénomènes qui caractérisent la période cataméniale est en complet accord avec cette hypothèse. Tout le monde a pu observer le gonflement, l'épaississement et l'engorgement dont est le siége la muqueuse utérine plusieurs jours avant le flux, et ces modifications sont évidemment sous la dépendance du stimulus ovarien. Elles ne se produisent pas, en effet, quand il n'y a pas d'ovaire ou que

celui-ci n'est pas en fonctionnement, tandis que les ovaires peuvent subir leur travail périodique, même dans les cas d'absence de l'utérus.

Un point qu'il ne nous est pas possible de passer dans cette discussion est l'influence de l'habitude acquise. Quand certains phénomèmes se sont répétés mois par mois pendant des années, il s'établit une telle tendance à la répétition, que certains de ces phénomènes se reproduisent encore, alors qu'un ou plusieurs d'entre eux, qui lui étaient généralement associés, font défaut. Ainsi l'habitude d'une exsudation sanguine mensuelle peut persister après que les ovaires ont cessé de fonctionner, après même qu'ils ont été supprimés. Ce fait, selon nous, ne prouve nullement, comme certains auteurs l'ont avancé, que le flux menstruel est indépendant de l'action ovarienne. La théorie de l'habitude l'explique bien mieux. La succession des accidents, primitivement réglée par un phénomène particulier, entre si bien dans la vie même du système, qu'elle ne peut se supprimer facilement. L'accumulation sanguine, par exemple, est de ce nombre. Le système nerveux, longtemps accoutumé à agir à intervalles définis d'une certaine façon, voit s'accumuler en lui la somme d'énergie habituelle et peut ainsi obéir à la plus légère influence du stimulus primitif. De même, les mouvements purement réflexes sont souvent évoqués par des forces si insaisissables qu'elles échappent à l'examen.

Les expériences récentes, déjà nombreuses, d'extirpation des ovaires normaux, ne peuvent qu'apporter à la question une évidence sinon absolue, du moins très grande. Le docteur Savage, de Birmingham, nous apprend, qu'autant que lui permettent de l'affirmer ses observations forcément imparfaites, sur l'histoire des patientes après l'opération, la menstruation a le plus souvent disparu. Il est donc nécessaire d'étudier attentivement les patientes qui ont subi l'extirpation des deux ovaires sains. Et, dans ce but, on peut désirer que des observations sphygmographiques nombreuses soient faites avant l'opération et continuées pendant plusieurs mois après,

de façon à pouvoir comparer les deux séries d'observations ainsi obtenues. La déterminante de la tension vasculaire et nerveuse étant ainsi supprimée, nous pourrions enfin tenir en main la preuve indiscutable que le primum mobile doit bien être cherché dans les ovaires.

Au point de vue des résultats de l'ablation des deux ovaires, Kœberlé dit : « Les sujets peuvent être considérés comme des femmes ayant tout à coup atteint la ménopause. Les sentiments affectifs restent intacts et si elles ne sont plus sous la domination d'un besoin érotique impérieux, elles n'en sont pas moins bonnes ni moins aimantes pour leurs parents et leur mari. Les organes génitaux conservent leur excitabilité. Leur caractère devient plus doux, moins irascible. Les seins ne s'atrophient pas, et si elles n'y étaient pas déjà prédisposées, elle n'ont pas plus de tendance à engraisser. Leurs cheveux ne se modifient pas. L'accent et la voix ne s'altèrent pas. Chez une femme qui avait été sujette aux crises d'hystérie, tous les désordres disparurent après l'ablation des ovaires et d'une partie de l'utérus. Les bénéfices résultant de l'ablation des ovaires herniés, c'est-à-dire la disparition de ces troubles nerveux si graves, nous paraissent frappants.

*Le diagnostic* des hernies de l'ovaire n'est pas encore nettement établi. English fait remarquer qu'il n'est pas difficile lorsque l'ovaire hernié se trouve dans des conditions normales et qu'il subit ses modifications fonctionnelles, mais qu'il peut devenir très pénible quand l'ovaire est enflammé ou malade ou que la hernie se complique de hernie intestinale ou épiploïque. Dans bien des cas, la nature exacte de la tumeur a été découverte par hasard à la dissection post mortem, ou après l'ouverture du sac, l'ovaire ayant alors été pris pour un autre organe. Un examen minutieux des cas cités dans ce mémoire apportera une grande clarté dans l'étude de cette question. Les lignes générales du diagnostic ont été bien posées par Deneux. L'ovaire hernié forme une petite tumeur ovoïde, bien circonscrite, résistante, sans changement de coloration de la peau et toujours plus ou moins douloureuse;

son volume dépasse rarement celui d'un œuf de pigeon; la pression y exagère la douleur qui, généralement, s'irradie vers le bassin dans la direction du ligament large à l'utérus. L'utérus lui-même est souvent défléchi, si bien que son fonds incline vers l'ouverture qui a donné passage à l'ovaire. Lorsque la patiente se tient debout, ou couchée sur le côté opposé, la douleur est accrue et s'accompagne d'une sensation de tiraillements douloureux. Cette variété de hernie ne détermine pas de vomissements, ni de coliques ou de constipation et elle n'a guère tendance à rentrer d'elle-même dans la cavité abdominale.

Aux signes donnés par Deneux, nous pouvens ajouter les suivants : en repoussant la portion vaginale de l'utérus contre la symphyse pubienne, de facon à allonger les ligaments larges et ronds, on détermine de la douleur dans la région tuméfiée et le mouvement imprimé à l'utérus se communique à la tumeur. Il faut aussi remarquer que souvent la tuméfaction et la douleur augmentent aux approches des règles, et subsistent tant que dure l'écoulement.

Il faut, néanmoins, avoir bien présent à l'esprit que les glandes inguinales aussi bien que celles des autres parties du corps subissent fréquemment une notable augmentation de volume sous l'influence dn nisus menstruel ovarien. Aussi ce signe, si souvent caractéristique, doit-il être cependant contrôlé par la présence ou l'absence d'autres signes. Du reste, les tumeurs glandulaires sont ordinairement plus mobiles, et rarement uniques ; elles ne subissent pas l'influence des mouvements abdominaux ni des tractions sur l'utérus.

Il n'est pas rare de constater du gonflement des seins aux approches de la menstruation. Les amygdales augmentent communément de volume et, chez les chanteuses, nous avons reconnu cette hypertrophie aux troubles ou même à l'extinction de la voix. Une dame soumise à nos soins offre une notable hypertrophie du corps thyroïde. Tous ces phénomènes surgissent nettement deux ou trois jours avant chaque époque menstruelle.

L'ovaire hernié est susceptible de s'enflammer et de contracter avec le sac des adhérences susceptibles d'interrompre toute communication avec la cavité abdominale.

Avant ou après que la hernie ovarienne ne se produise, cet organe peut subir l'une des dégénérescences connues, sarcomateuse ou kystique, par exemple.

Disse (*Monato für Geburtsheindé*, 1857) rapporte le fait remarquable d'une femme qui portait dans l'aine droite une hernie de l'ovaire en dégénérescence kystique. Elle avait eu plusieurs enfants. Guersant relate le fait d'une fille de 3 ans qui avait une hernie ovarienne double. Elle mourut. Les ovaires énormes et cancéreux formaient des expansions qui s'étaient engagées dans les canaux inguinaux.

*Le traitement chirurgical* des hernies de l'ovaire nous paraît être indiqué avec une précision suffisante par l'histoire des cas que nous avons recueillis. A une époque, on considérait comme hasardeux d'enlever un ovaire hernié. Puech pense que l'amputation ne peut être qu'une suprême ressource. Mais la plupart des cas dans lesquels on n'a pas hésité à agir se sont terminés heureusement, et il est indubitable que la plus grande expérience que nous possédons aujourd'hui des opérations de cette nature doit augmenter encore la sécurité. Quand il y a des signes d'étranglement, il n'y a pas place pour l'hésitation. Et même, dans les cas où il semble que l'ovaire est réductible, il nous paraît généralement préférable de l'enlever que de le faire rentrer dans la cavité abdominale. L'ovaire hernié détermine bien plus facilement des phénomènes douloureux que lorsqu'on a affaire à une hernie intestinale. L'application d'un bandage est en effet impossible quand l'ovaire est dehors et il est bien difficile d'en maintenir un qui s'oppose à sa descente dans le sac. Même lorsqu'il n'y a pas étranglement, la douleur peut devenir si intolérable que l'amputation en est rendue nécessaire. Dans les cas où la douleur et les symptômes d'étranglement ne sont pas suffisamment marqués pour nécessiter l'intervention chirurgicale, les désordres nerveux sont souvent assez graves pour justifier l'extirpation

de l'organe. Quelque opinion que l'on puisse avoir sur l'oophorectomie normale, il nous paraît impossible de ne pas reconnaître que l'extirpation de l'ovaire hernié est une opération légitime.

Nous n'avons que peu d'observations à présenter au sujet du mode opératoire. Les règles chirurgicales ordinaires s'appliquent à cette opération. Cependant les procédés doivent être légèrement modifiés suivant les particularités des cas. Si l'ovaire a longtemps été contenu dans le sac herniaire, qu'il y ait contracté ou non des adhérences, il est préférable d'ouvrir le sac dans le pli de l'aine, absolument comme pour une hernie ordinaire. Quand le sac est en continuité avec la cavité péritonéale, il sera bon d'appliquer une ligature sur la trompe et le ligament large avant d'opérer sa section. Il sera utile aussi de suivre l'exemple donné par M. Lawson, et de passer une suture sur l'extrémité sectionnée de la trompe, de facon à la maintenir en connexion avec la plaie.

Dans les cas où l'ovaire se réduit facilement, une question importante à résoudre avant tout est de savoir s'il vaut mieux inciser sur l'ovaire dans le pli de l'aine, ou ouvrir l'abdomen, comme dans l'opération ordinaire de l'ovariotomie. Si faisant l'opération dans le pli de l'aine, on en arrivait à trouver l'ovaire rentré dans l'abdomen, il faudrait alors se décider à le chercher en ouvrant la cavité abdominale. Pour éviter ces dangers, il faut avoir soin de passer une longue aiguille à travers l'ovaire, avant d'ouvrir le sac; l'ovaire ne peut ainsi rentrer dans l'abdomen.

Il peut devenir nécessaire d'enlever l'ovaire, alors qu'il ne s'est pas encore créé de route dans le canal inguinal; ou qu'il n'y apparaît que partiellement et par occasion, comme dans les cas du docteur Engelmann; l'opération de Battey par section de l'abdomen est alors la seule ressource que l'on ait. Le traitement chirurgical est discuté avec un soin tout particulier par English. Les précautions antiseptiques sont nécessaires comme dans toute autre forme d'oophorectomie.

Le sujet des hernies de l'ovaire, si intéressant à beaucoup

d'autres points de vue, constituera un chapitre important et spécial dans l'histoire de l'opération de Battey, opération qui, grâce aux progrès de nos connaissances physiologiques et pathologiques, est déjà sortie du domaine du doute pour entrer dans celui de la chirurgie expérimentale.

---

# REVUE DES JOURNAUX

**Insertion vicieuse sans hémorrhagie et présentation transversale,** par le Dr S.-T. Smyth. — Mme C..., âgée de 34 ans, a déjà eu deux enfants mort-nés, deux fausses couches et trois enfants vivants. Elle comptait accoucher à la fin du mois, mais le travail commence dans la nuit du 13 novembre 1882. Pendant les trois derniers mois, elle a cru qu'elle aurait une couche prématurée, parce qu'elle a vu sa taille diminuer et qu'elle n'a plus senti remuer l'enfant. Les jours qui ont précédé l'accouchement, elle a senti de la pesanteur dans le ventre, mais pas de douleurs. Les douleurs commencent le matin du 13 ; à huit heures du soir paraît à la vulve une tumeur qui reste stationnaire ; aucune perte, pas de nausées ; mais Mme C... est inquiète, elle croit qu'elle va avoir une présentation transversale. En examinant, Smyth trouve une tumeur globulaire non fluctuante qui remplit le vagin, recouverte par les membranes qui sont très résistantes ; ponctionnées, elles ne laissent échapper aucun liquide. Smyth avec précaution extrait le placenta, et trouve le fœtus couché en travers, la tête dans la concavité sacrée et le siège vers le pubis ; le cordon pendait ratatiné dans le vagin. La sortie du fœtus s'effectua sans difficulté. L'intérêt particulier de cette observation est dans le fait que, quoique l'insertion du placenta fût centrale, elle n'a donné lieu à aucune hémorrhagie. Il paraît que le placenta était peu adhérent aux parois utérines, ce qui a causé la mort du fœtus par défaut d'une nourriture suffisante. (*British Med. J.*, 1882, t. II, p. 1092.)

A. Cordes.

**Grossesse interstitielle terminée par un « travail perdu, »** par Ch. Steele (de Liverpool). — Mme B..., âgée de 36 ans, a eu quatre enfants, le dernier en janvier 1879. Dans ce dernier accouchement, pendant qu'elle faisait un effort expulsif, elle a senti une rupture se produire, et, dès lors, n'a plus pu pousser; l'accouchement s'est terminé spontanément, mais lentement.

Le 4 avril 1879, le Dr Moore de Greenwich, la trouve enceinte de deux mois, avec l'utérus antéversé, et donne, avec la sonde, issue à une grande quantité d'urine; le 23, l'utérus est rétroversé. Steele le replace.

Le 4 novembre, époque à laquelle Mme B... doit être à terme, elle ressent des douleurs aiguës dans le fond de l'utérus; ces contractions n'agissent aucunement sur le col, et ne s'accompagnent point de durcissement de la matrice; elles cessent au bout de quatre jours.

Vers Noël, Mme B... a une perte de couleur foncée, sans douleur; les règles se montrent en janvier, février et mars.

Lorsque Steele la voit pour la première fois, l'abdomen a le développement qu'il affecte à terme et une forme ovoïde; l'ombilic fait une saillie d'un pouce; l'utérus est immobile, mais semble normal.

Le Dr Grimsdale est appelé en consultation le 25 octobre; il ne trouve rien de nouveau.

La malade continue à vomir et à souffrir; elle a de la diarrhée, des frissons; elle tombe dans le collapsus et succombe.

A l'autopsie, on trouve un enfant viable, fort développé, situé à droite de l'utérus, dans l'épaisseur de la paroi. La cavité utérine était élargie, les trompes normales et sans communication avec le sac fœtal. Le fœtus n'avait plus de cuir chevelu. (*British, med. Journ.*, 1882, t. II, p. 995.)

A. Cordes.

---

**Accouchement prématuré artificiel**, par le Dr E. Blacker. — Une femme de 35 ans, ayant eu déjà cinq enfants, qui avaient tous subi la craniotomie, présentait une saillie considérable du sacrum (l'auteur n'indique pas les dimensions du bassin). Elle se présente à Blacker avec un vif désir d'avoir un enfant vivant.

Le 30 septembre, l'auteur introduit dans l'utérus une sonde en gomme, sans mandrin; les membranes se rompent cinquante-deux heures plus tard. Blacker est appelé, la malade a des douleurs; Blacker place un sac hydrostatique de R. Barnes; puis il fait la ver-

sion, et il extrait un enfant vivant; toute l'opération a duré une heure et demie. L'auteur attribue la plus grande part du succès au sac de Barnes. (*British med. Journ.*, p. 997.)

A. Cordes.

---

**Cause de la première inspiration du fœtus**, par Max Runge (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.* VI. 2). — Max Runge conclut, d'expériences personnelles, que la théorie de Schwartz n'a encore reçu aucune atteinte sérieuse de ses contradicteurs Preusschen et Preyer, qui soutiennent que l'irritation des nerfs cutanés est la seule, tout au moins, la principale cause de l'inspiration du fœtus. Schwartz maintient qu'elle est due à l'arrêt des échanges gazeux entre le fœtus et la mère, et à l'altération qui en résulte dans le sang fœtal.

---

**Infection puerpérale à longue incubation**, par Veit. — L'auteur croit erronée l'idée en vertu de laquelle l'infection puerpérale commence toujours dans les quarante-huit heures qui suivent l'accouchement. Il est des cas où les huit premiers jours se passent sans accident, puis surviennent des frissons, une température élevée, le pouls devient fréquent et mou, etc. L'explication qu'en donne Thiede est sans doute exacte ; il dit que, lorsque l'utérus est atone, la formation des thrombus continue dans le tissu musculaire de cet organe, des mouvements violents peuvent déplacer les thrombus, exposant ainsi les points mis à nu à l'infection lochiale. Veit croit ces infections relativement bénignes, quoique quelques malades puissent succomber, faute de force de résistance. Mais il existe d'autres cas dans lesquels nous devons admettre une incubation longue, les *porteurs* de l'infection étant si faibles qu'ils ne produisent que des altérations minimes, en demandant un temps prolongé pour infecter l'organisme. Veit rapporte 10 cas dans lesquels l'affection ne s'est manifestée que le cinquième et le sixième jour.

Outre ces maladies bénignes, nous en voyons d'autres dont le caractère est malin. L'auteur en a observé 6, dont 3 se sont terminées par la mort. Dans ces cas, les symptômes septiques graves succèdent habituellement à une hémorragie secondaire, qui paraît causée par les mouvements exagérés de l'accouchée. Mais la théorie de Thiede n'explique pas la gravité de l'infection : dans un cas, l'autopsie n'a découvert aucun thrombus, aucune embolie; dans l'autre, on n'a

observé aucun frisson périodique, aucune affection pulmonaire; dans les deux, l'utérus était petit et bien rétracté. Veit attribue ces accidents à l'infection au moment de l'accouchement et explique le retard de son évolution au fait que, lorsqu'une lésion nouvelle se produit, les micro-organismes ont atteint leur développement complet. Son traitement consiste dans des irrigations chaudes constantes. (*Am. j. of Obst.*: Supplément de mai 1882.)

A. CORDES.

---

**Le travail chez les primipares âgées**, par RUMPE. (*Arch. f. Gynäk.*, XX., 1.) — Sous ce titre, Rumpe a réuni 3,155 accouchements: 1,481 femmes étaient primipares, 114 avaient plus de 30 ans, âge à partir duquel R. avec Cohnstein et Heckler appellent âgées les primipares. Les conclusions de Rumpe confirment celles d'Ashfield; deux facteurs compliquent le travail chez les primipares âgées; les douleurs sont peu efficaces, et les parties molles sont résistantes. La première cause allonge le travail et favorise ainsi la production des troubles qui suivent un travail prolongé. Le second facteur augmente la douleur des contractions utérines, cause fréquemment des déchirures du périnée et favorise peut-être la production des présentations de la face. L'expérience de Rumpe ne confirme pas l'idée de Mangiagalli. que les malformations pelviennes sont fréquentes chez les primipares âgées, ce qui rendrait le pronostic plus fâcheux. Les causes défavorables ne sont pas constantes, elles varient avec l'âge de la mère. (*Am. j. of Obst.* 1883, p. 766.) A. CORDES.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

### (GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

*Fibromes et kysto-fibromes de l'ovaire*, par le Dr HARRY COE. (*Americ. Journal of obstetr.*, octobre 1882, p. 858.)

*Affections oculaires produites par la suppression des règles*, par le Dr MAC KAY. (*Americ. Journal of the Medical sciences*, oct. 1882.)

---

*Le gérant:* A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur. 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

# ANNALES
# DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1883

## TRAVAUX ORIGINAUX

### DE LA PÉRITONITE DÉVELOPPÉE PENDANT LA GROSSESSE (1).

Par le Dr Charles Mégrat, de Lunéville.

Depuis longtemps nous avons été frappé, dans nos lectures sur les maladies des femmes et sur les accouchements, du silence que gardent presque tous les auteurs au sujet des phlegmasies abdominales, telles que péritonite, métrite, phlegmon pelvien, etc., qui peuvent compliquer la grossesse. Aussi avons-nous eu soin, chaque fois que quelque complication de ce genre se présentait à nous, d'en prendre note, espérant pouvoir un jour en tirer parti et chercher ainsi à combler certaines lacunes de la pathologie de la grossesse.

Sans doute aurions-nous été encore bien longtemps avant de mettre ce projet à exécution, si l'une de ces coïncidences

(1) Nous réservons notre description à la péritonite développée pendant l'espèce de grossesse la plus commune, la grossesse utérine proprement dite.

extraordinaires, comme il ne s'en présente peut-être qu'une fois dans le cours d'une carrière médicale, ne nous eût offert l'occasion de rencontrer, la même année et à quelques jours d'intervalle, trois cas de péritonite développée chez la femme enceinte. Nous ne nous occuperons aujourd'hui que de cette dernière, quoique, dans les trois affections rappelées plus haut, ce soit le même tissu (cellulaire ou connectif) qui est le siège de l'inflammation, et qu'une étude simultanée n'eût fait qu'y gagner pour l'éclaircissement de certains points restés encore dans l'obscurité.

Avec treize observations et le peu de matériaux épars que nous avons trouvés dans notre modeste bibliothèque et dans celles de nos obligeants confrères, nous n'avons certes pas la prétention d'écrire une monographie ; mais nous tâcherons, dans notre description, faite avec le plus d'ordre possible, de mettre à profit l'analyse de ces observations. C'est par elles que nous commençons.

Nous nous contentons d'abord de résumer les six premières déjà publiées, tout en regrettant l'absence de certains détails, que leurs auteurs ont cru devoir négliger ou n'ont pas été dans la possibilité de connaître.

Observation I (de Mme Lachapelle) (1).

Vomissements continuels pendant une première grossesse; au 8e mois, fièvre lente et douleurs vagues dans les lombes et les régions iliaques, puis s'éveillant très vives dans le côté droit pendant la marche (perte de connaissance) ; ventre douloureux, mais utérus encore fort élevé et incliné à droite; col long et résistant; pouls fréquent et irrégulier, céphalalgie, rougeur de la face. Saignée du bras, etc., amenant un soulagement marqué. Quatre jours après, vomissements jaunâtres ne cédant pas à une potion calmante ; rétention d'urine (cathétérisme); bientôt diarrhée, langue chargée (18 grains d'ipéca produisent d'abondantes évacuations) ; mieux-être. Dix jours après, abdomen douloureux partout, tuméfié ; dyspnée; vo-

(1) *Pratique des accouchements*, t. I, p. 176. Paris, 1821.

missements verdâtres; pouls petit et serré, etc. (*péritonite généralisée*); travail prématuré : après la sortie de la tête de l'orifice, inertie utérine, faiblesse extrême, pâleur et froid général; cordiaux inefficaces; application du forceps amenant un enfant mort dont l'épiderme se détache au moindre contact; délivrance facile, mais affaiblissement graduel et mort trois heures après l'accouchement. *Autopsie :* traces de péritonite avec épanchement.

OBSERVATION II (de Désormeaux) (1).

*Péritonite* au 7e ou 8e mois de la grossesse, occupant tout le côté droit de l'utérus et qui guérit par un traitement antiphlogistique sévère, mais n'empêcha pas l'avortement d'avoir lieu quelques jours après.

OBSERVATION III (de J. Mazade) (2).

Au 4e mois d'une première grossesse et le lendemain d'un refroidissement (jambes restées plongées pendant quelques heures dans de l'eau froide), frisson prolongé, suivi d'une réaction générale, intense; légère métrorrhagie, douleurs lombo-hypogastriques et contractions utérines (congestion de la matrice avec menace d'avortement par décollement prématuré du placenta, combattue par une saignée, etc., et disparue les jours suivants); mais persistance de la fièvre; agitation et sensibilité douloureuse de l'hypogastre (sangsues nombreuses). Le 4e jour, signes manifestes de *péritonite* : abdomen douloureux, développé; vomissements; pouls dur et accéléré; céphalalgie; chaleur sèche de la peau et malgré une deuxième saignée, etc.; aggravation le 5e jour : tension abdominale plus considérable; douleurs violentes, provoquées par la moindre pression et le plus léger mouvement; altération profonde de la physionomie; propos incohérents; respiration courte, costale; nausées et vomissements fréquents; pouls petit et accéléré; refroidissement des extrémités inférieures (frictions mercurielles sur le ventre et les cuisses, répétées toutes les trois heures à la dose de 12 grammes, amenant dès le len-

(1) *Dictionnaire de médecine ou Répertoire général des sciences médicales. Pathologie de la grossesse*, t. XIV, p. 388. Paris, 1836, et *Dict. des Dict. de méd. franç. et étrang.* de Fabre, t. IV, p. 501, 1840.

(2) *Bull. gén. de thérap.*, t. XLII, p. 267. Paris, 1852.

demain soir une diminution des accidents, avec une salivation abondante, et remplacées le 8e jour par des bains, etc.); convalescence trois jours après et accouchement à terme d'un enfant viable.

OBSERVATION IV (de E. Wagner, de Leipzig) (1).

*Péritonite suraiguë*, occasionnée par la rupture d'un abcès de la trompe droite au 8e mois d'une grossesse gémellaire. Douleurs subites atroces dans le bas-ventre; mort au bout de vingt-quatre heures. L'opération césarienne, pratiquée immédiatement, retira deux enfants morts depuis une paire de jours. *Autopsie* : péritonite de médiocre intensité sauf à l'entour de l'utérus et perforation de la trompe à un pouce de son pavillon et de l'étendue d'une lentille.

OBSERVATION V (8e de M. Bernutz) (2).

Vers le 3e mois d'une première grossesse et sous l'influence de causes impossibles à déterminer, d'après les réponses contradictoires de la malade, surviennent, le 1er octobre 1859, des douleurs assez vives dans le bas-ventre, interrompant fréquemment le sommeil et suivies deux jours après d'un léger écoulement sanguin par la vulve. Le 5, le ventre est légèrement et également sensible à la palpation dans les deux fosses iliaques qui ne présentent aucun empâtement et à la région sus-pubienne où l'on trouve le globe utérin endolori et le siège de contractions accompagnées de douleurs expulsives; dans le cul-de-sac vaginal gauche, points rénitents, mais très mal délimités; malgré deux quarts de lavements laudanisés (10 gouttes), persistance des douleurs, ainsi que de la perte sanguine, et, le 7, expulsion d'un placenta, suivie de douleurs intermittentes soit dans l'une, soit dans l'autre fosse iliaque, sourdes, ne ressemblant en rien aux douleurs expulsives; tuméfactions dans les culs-de-sac latéraux du vagin : la droite, plus élevée, rénitente, adhérant au bord de l'utérus, mal limitée, assez lisse, douloureuse à la pression, et la gauche, accolée au bord de l'organe, mais séparée de lui par un sillon très manifeste, très douloureuse au toucher, arrondie inférieurement, du volume d'un œuf de pigeon, appréciable, quoique

(1) *Monatsch. für Geburtsk*, t. XIV, p. 61, 1859.

(2) Bernutz et Goupil. *Clin. méd. sur les mal. des femmes*, t. II, p. 73, 1862.

difficile à délimiter, par la palpation hypogastrique. Du 10 octobre au 28 novembre, symptômes d'une *pelvi-péritonite subaiguë :* douleurs, sans fièvre, revenant presque toutes les nuits. Le 52e jour (seulement) : diarrhée, envies de vomir et vomissements. Manifestation les jours suivants d'une affection hépatique qui amène la mort le 81e jour après l'avortement.

*Autopsie* : Stigmates d'une péritonite épiploïque et d'une pelvi-péritonite bilatérale et postérieure, mais surtout marquée à gauche, où il existe une collection purulente ayant pour parois le pavillon de la trompe et la face antérieure de la fin de l'S iliaque; de plus, suppuration occupant la partie la plus interne de chacune des deux trompes; noyau épaissi du ligament large droit; atrophie jaune aiguë du foie, mais pas d'épanchement péritonéal.

OBSERVATION VI (9e de M. Bernutz). (1).

Deux grossesses à terme et accouchements faciles. A six semaines à peine de la 3e grossesse et à la suite de manœuvres coupables du 20 au 24 novembre 1859 et qu'on ne put lui faire préciser, perte abondante avec avortement probable le 24, et dès le début de laquelle la femme dit avoir ressenti une douleur vive dans le bas-ventre et dans les reins, exaspérée par la pression au point qu'elle ne permit pas le 29 de constater de tuméfaction dans les fosses iliaques; mais empâtement vague autour du col utérin ; nausées et diarrhée.

Dans les jours suivants, développement graduel d'une tumeur occupant les culs-de-sac latéral gauche et postérieur; muguet; pourriture d'hôpital sur la plaie d'un vésicatoire; réapparition du muguet et mort cinquante jours après l'avortement.

*Autopsie* : Intégrité du péritoine, de la cavité abdominale proprement dite. Adhérences à la moitié gauche de la face postérieure de l'utérus et au rectum, réunissant entre elles les différentes parties du ligament large et celles-ci à la matrice; dilatation et épaississement de la trompe gauche remplie de mucosités purulentes; enfin phlébites tubo-ovariennes des plexus droits et gauches, des veines hypogastrique, iliaque et crurale droites.

(1) P. 81, *loc. cit.*

Ce serait ici la place de retracer les observations de BEGBIE (1), SANGALLI (2), SCHMIDT (3), SPENCER WELLS (4) et GIBSON (5), citées par M. NEPVEU (6), et relatives à la rupture péritonéale de kystes ovariques dans les premiers mois de la grossesse, et qui amena la mort par péritonite dans la plupart d'entre elles; mais comme nous n'avons pu nous procurer les ouvrages qui les relatent, nous ne faisons que les signaler.

Nous citons encore comme exemples de péritonite épidémique débutant avant l'accouchement, l'obs. VI de notre thèse inaugurale (7) et la 32e obs. de M. DENBEL (8), à laquelle il faut ajouter que la femme qui en fait le sujet vint de son village, en chemin de fer et par le froid, à la Maternité, pour accoucher le 7 janvier 1873, et était atteinte de péritonite déjà avant son entrée; connaissances que nous tenons de l'obligeance de notre vénéré maître, M. Stoltz, alors professeur d'accouchement à la Faculté de Nancy, qui nous permit de lire la relation de cette épidémie dans les notes prises à la clinique, sous la direction de M. le Dr MARCHAL.

Les sept autres observations, que nous avons recueillies nous-même, comprennent d'abord les trois faits simultanés (obs. VII, VIII et IX) dont il a été question plus haut; simul-

---

(1) Begbie. *Lancet*, 1849. *Rupture durant la grossesse.*

(2) Sangalli. *Annali univ. di medic.* Luglio, 1859. *Kyste dermoïde dans les premiers mois de la gestation; mort.*

(3) Schmidt. *Monatsch. f. Geburtsk.*, 1860. *Kyste dans les premiers mois de la gestation; mort.*

(4) Spencer Wells. *Medic. Times*, 1870. *Quatre cas de rupture de kystes avec grossesse; mort subite dans trois, et péritonite au quatrième mois; ovariotomie; guérison; accouchement, normal dans le quatrième.*

(5) Gibson. *Monthly Journ.*, 1874. *Rupture pendant la grossesse; guérison.*

(6) *Ann. de gynécol.*. *Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine pendant la grossesse*, p. 16. Paris, 1875,

(7) *Des phlegmons pelviens consécutifs aux couches*, p. 19. Strasbourg, 1867.

(8) *Étude de la température et du pouls dans la fièvre puerpérale*, p. 62, thèse inaugurale. Nancy, 1878, t. IV.

tanéité due, avons-nous dit, à une simple mais très rare coïncidence, et étrangère à toute influence épidémique.

Puis vient l'obs. X, où la maladie fut rapidement enrayée lors de son réveil, à la fin de la grossesse.

### OBSERVATION VII.

*Péritonite généralisée au septième mois d'une cinquième grossesse; avortement; mort trois jours après.*

Le 10 avril 1880, je suis appelé à Croismare (1), pour assister mon confrère, M. le Dr Eugène Simon, près de Mme E..., parvenue au 7e mois d'une 5e grossesse, atteinte de péritonite et en travail d'enfantement. A mon arrivée, j'apprends que la fausse couche vient de se terminer très rapidement, et sans que la malade ait accusé de douleurs utérines bien sensibles. A un certain degré d'éréthisme, précédant l'accouchement et se traduisant par la coloration de la face, la vivacité et la tension du pouls, ont succédé la prostration, la pâleur générale de la peau, des pulsations radiales, petites et faibles, mais conservant la même fréquence (116) qu'auparavant. La délivrance, spontanée, suivit de près le fœtus, expulsé vivant et la tête la première. Pas d'hémorrhagie utérine.

Dès sa première visite, le 8 avril, M. le Dr Simon avait constaté une *péritonite généralisée* (sensibilité douloureuse de tout le ventre réveillée par la palpation ; météorisme considérable, au point de masquer, en grande partie, dans la région sus-ombilicale, le globe utérin lui-même, mais nulle part de fluctuation), ayant débuté trois jours avant, et sans cause traumatique connue (2), par de violentes douleurs abdominales, des vomissements, d'abord glaireux, puis bilieux (jaunâtres et amers), et de la constipation, qui n'a pas cédé aux lavements ricinés ni purgatifs du Codex. En même temps, des onctions mercurielles ont été faites sur l'abdomen. Celui-ci, après l'expulsion du fœtus et de l'arrière-faix, présente une forme remarquable, consistant en deux saillies séparées, au niveau de l'ombilic, par un large sillon transver-

(1) Village à 6 kilomètres et au nord-est de Lunéville.

(2) La malade, alsacienne, ne sachant pas le français et extrêmement affaissée à ce moment, ne put nous donner de renseignements précis à cet égard. Mes questions ultérieures adressées à la sage-femme, qui n'était que passagèrement dans ce village, ne furent pas plus heureuses.

sal, dont l'une, inférieure, hypogastrique, dure, régulièrement ovoïde, est la matrice parfaitement contractée, et l'autre, supérieure, remplissant les hypochondres et l'épigastre, tympanitique, est constituée par la masse intestinale météorisée, qui n'a pas encore eu le temps de combler le vide produit, au-dessous d'elle, dans la cavité abdominale, par la déplétion brusque de l'utérus ; déplétion brusque expliquant peut-être (en partie du moins) la prostration actuelle. Prescriptions : continuation des onctions mercurielles ; application (à défaut de glace) de compresses froides en permanence sur le ventre ; potion à l'extrait de quinquina et bouillon froid, autant que le permettra l'estomac.

Le lendemain, l'état général est le même ; mais l'abdomen s'est de nouveau uniformément ballonné.

Le 12. La malade est plus attentive à ce qui se passe autour d'elle, supporte bien la potion et trouve qu'elle la réconforte ; le ventre paraît insensible, même à la palpation ; deux selles diarrhéïques jaunâtres ; lochies rares.

Ce n'était qu'une amélioration passagère et trompeuse ; car elle succomba le lendemain, après avoir conservé sa connaissance parfaite jusqu'à la fin.

L'enfant était mort la veille.

### Observation VIII.

*Accidents abdominaux antérieurs au mariage ; à cinq mois et demi d'une première grossesse, péritonite localisée ; phénomènes d'obstruction intestinale avortement ; guérison rapide.*

Le 11 avril 1880, le même confrère, M. le Dr Eugène Simon, m'emmène avec lui, à Vitrimont (1), voir Mme Th..., âgée de 27 ans, à 5 mois 1/2 d'une première grossesse, et présentant des accidents analogues à ceux de la malade précédente. Sans cause connue, sans traumatisme d'aucune sorte affirme-t-elle, elle fut prise, cinq jours auparavant, de fièvres et de douleurs vives s'irradiant de la fosse iliaque gauche à tout le ventre et surtout à l'épigastre ; puis de ballonnement abdominal avec vomissements bilieux (porracés) et constipation ; en un mot, de phénomènes semblables à peu près, dit-elle, à ceux qu'elle présenta plusieurs fois avant son mariage. La constipation n'a

(1) Village à environ 5 kilomètres et au nord-ouest de Lunéville.

pas cédé à plusieurs lavements ricinés ou purgatifs du Codex. La fièvre a augmenté (malgré une application de sangsues); le pouls est vif, à 116, et les vomissements, plus fréquents et très abondants, au point que les trois derniers, franchement porracés, peuvent être évalués à 3 litres ; la face colorée, mais non grippée, n'exprime que par moments la souffrance.

Depuis ces derniers vomissements, les douleurs ont changé de caractère : elles se reproduisent, par intervalles rapprochés, dans la région droite de l'hypogastre, et non dans tout le ventre, comme la veille. La percussion superficielle constate, dans les régions supérieures de l'abdomen, un météorisme, bien visible d'ailleurs, et dans l'hypogastre, une large matité, dont la limite supérieure irrégulière remonte plus haut à droite et appartient à deux tumeurs adjacentes : la droite, plus saillante et plus grande, globulaire, se durcissant pendant la douleur (matrice contractée bien reconnaissable), fortement inclinée en dehors, et sur laquelle l'auscultation perçoit à droite le souffle utérin et à gauche le maximum des battements redoublés ; et la gauche, située à la partie inférieure du bord correspondant de la matrice, est sous-jacente à la paroi abdominale, douloureuse à la palpation, inégalement arrondie, de la grosseur d'une orange et bien moins élevée que le globe utérin. Le col est effacé, et son orifice, entr'ouvert, laisse très facilement pénétrer la phalangette de l'index qui sent les membranes se tendre pendant les contractions, dont les douleurs semblent effacer celles de la péritonite ; le doigt ramène des glaires brunâtres, mais sa pression ne réveille aucune sensibilité dans les culs-de-sac vaginaux.

La *péritonite secondaire* n'occupe donc que les hypochondres et l'épigastre, tandis que la *péritonite partielle* intéressant les ailerons des annexes gauches n'a pas envahi le petit bassin ; nulle part il n'existe de fluctuation abdominale.

L'avortement est non seulement imminent, mais commencé, et nous nous attendons à le voir se terminer dans un temps très rapproché. Prescriptions : frictions mercurielles belladonées (5/30) sur le ventre ; une pilule d'extrait g. d'opium, de 0 gr. 01, toutes les trois heures et lavement simple. — Le 14, j'apprends, à mon grand étonnement, que le travail s'est arrêté ; le col refermé (l'opium bien supporté a été pris régulièrement), les vomissements sont beaucoup moins fréquents et surtout moins bilieux ; le pouls à 92 et enfin, sous l'action d'un nouveau lavement purgatif du Codex, un bouchon de matière

fécale, de l'eau salie et des gaz ont été expulsés. Deux jours après, le travail recommence et amène un embryon de 5 mois 1/2 qui survécut quelques heures. La délivrance se fit sans accident, le cours des selles resta régulier, les suites de couches se passèrent normalement, et le 29, Mme Th... était levée et bien portante.

J'appris depuis qu'elle ressentit cependant encore longtemps et par intervalles des tiraillements douloureux dans la fosse iliaque gauche et, qu'au début d'une deuxième grossesse, elle se plaignit de constipation, combattue du reste avec succès par la limonade de Rogé. Elle accoucha heureusement et avec facilité le 19 janvier 1883, le dixième jour des couches restées normales, malgré une vive frayeur. Mlle Rollin, la sage-femme, sur le désir que je lui en exprimai, l'examina attentivement et ne trouva nulle part à la palpation profonde de traces de tumeur, mais le fond de l'utérus était encore un peu incliné à droite.

## Observation IX.

*Au septième mois d'une troisième grossesse, imprudences de toutes sortes; éveil simultané de péritonite et de travail d'avortement qui dura trois jours; après lui, continuation et aggravation des accidents abdominaux qui amènent la mort le huitième jour.*

Mme X..., de Lunéville, âgée de 21 ans, ayant eu d'abord deux grossesses à terme et suivies de couches normales, était arrivée au septième mois d'une troisième, quand, à la suite d'imprudences de toutes sortes (fatigue exagérée, sauts à la corde, cirage et frottage de parquets, injections vaginales violentes), elle fut prise, le 13 avril 1880, d'un frisson prolongé suivi d'un mouvement fébrile très accentué et ressentit des douleurs très vives, spontanées, dans la région sus-inguinale droite, intermittentes, réveillées par la palpation et soulagées momentanément par des cataplasmes laudanisés que prescrivit Mlle Camaille, sage-femme. Ces douleurs s'irradièrent bientôt vers l'ombilic et éveillèrent des contractions utérines véritables, avec un faible écoulement de sang par la vulve. Le travail, après trois jours de durée et bien plus douloureux que les précédents, au dire de la sage-femme qui y avait assisté, se termina, dans la nuit du 16 au 17, par l'expulsion d'une fille vivante.

Quelques heures après la délivrance, le ventre était déjà ballonné, très douloureux à la pression, et, dès sa première visite, le 18, mon confrère M. le Dr Job constata au niveau du ligament large droit un

engorgement douloureux très appréciable à la palpation, et une forte fièvre. De ce point, les douleurs envahirent la région iléo-lombaire correspondante, où l'on trouva, le 21, un empâtement sur lequel on appliqua le lendemain matin 8 sangsues. Ce jour-là (le 5e après l'accouchement), je la vois avec mon confrère M. le Dr Monginot, en l'absence et sur la demande du Dr Job : l'état de faiblesse du pouls (104) oblige à arrêter de bonne heure l'écoulement des piqûres de sangsues ; le ventre est régulièrement élevé et modérément tympanitique ; la sensibilité douloureuse, réveillée et par le poids des couvertures et par la palpation, paraît limitée au côté droit, où l'exploration, aidée de la percussion, faites toutes deux avec précaution, constate que l'engorgement est mieux circonscrit que la veille ; le fond de la matrice, encore à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du pubis, est peu douloureux à la pression ; les lochies rouges, sans fétidité ; les traits tirés et non grippés ; l'intelligence parfaite ; mais ce qui frappe le plus, c'est l'acuité d'une douleur lancinante, intermittente, que la malade accuse plus haut et plus latéralement que l'engorgement, au niveau de la région hypochondriaque correspondante et s'accompagnant de soubresauts, de secousses de tout le corps, de tension spasmodique des muscles droits de l'abdomen ; d'une respiration suspirieuse, abdominale et fréquente (32), de hoquet, avec petitesse du pouls (116) et chaleur de la peau ; mais sans vomissements jusqu'ici (à notre grand étonnement), et enfin d'un fréquent besoin d'étendre la cuisse pour soulager la douleur abdominale, ce qui fait exclure l'idée d'un phlegmon iliaque. (*Diagnostic :* péritonite des ailerons du ligament large droit étendue à la séreuse des régions iléo-lombaire et sous-diaphragmatique correspondantes.) On recommence sur le ventre et le haut des cuisses les onctions mercurielles belladonées momentanément interrompues pour l'application des sangsues, et l'on continue les calmants opiacés (en potion ou par petites pilules). — Le 25, l'état a considérablement empiré ; des vomissements bilieux sont venus compléter le tableau des symptômes ordinaires de la péritonite *aiguë* et quoiqu'il y ait eu plusieurs selles jaunâtres (bilieuses, liquides et extrêmement fétides), le ventre s'est élevé davantage et présente (comme dans l'étranglement herniaire) des circonvolutions très nettement dessinées ; l'empâtement est moins appréciable, la douleur sous-diaphragmatique atténuée, mais elle a fait place à un point douloureux situé plus bas, correspondant au milieu de la ligne ombilico-iliaque, et la peau de

l'abdomen s'est couverte d'une éruption miliaire blanche qui fait renoncer aux frictions mercurielles. On applique un large vésicatoire sur l'abdomen et l'on continue la potion opiacée; mais, malgré la persistance de la diarrhée, le ventre conserve son volume et la malheureuse expire la nuit suivante, dans des convulsions éclamptiformes. Son enfant, atteint de sclérème, ne lui survécut que sept jours.

### Observation X.

*Réveil, à la fin d'une première grossesse, d'un ancien point péritonitique; antiphlogistiques; cessation des accidents; accouchement à terme, normal, et suites de couches heureuses.*

Le 27 juillet 1882, je suis appelé près de Mme Q..., couturière, à Lunéville, âgée de 20 ans, devenue enceinte pour la première fois, après trois ans de mariage et atteinte, sept jours avant le terme, d'accidents abdominaux semblables à ceux qu'elle avait éprouvés l'année précédente et plusieurs fois déjà avant son mariage. Ces accidents furent toujours indépendants de la menstruation. En avril 1881, une péritonite générale se déclara chez elle sans cause appréciable et s'amenda sous l'influence d'un traitement antiphlogistique convenable; mais cinq jours après, je constatai une *tumeur péritonitique* dans la région sus-inguinale droite (ailerons du ligament large) qui, au bout de dix-neuf jours, était réduite à une simple résistance (de retour, pourrait-on dire) et disparut par résolution. Depuis ce moment, elle ne souffrit plus qu'à de rares intervalles de douleurs dans ce côté du ventre, lorsque la constipation, qu'elle a toujours eu soin de combattre par des laxatifs, reparaissait, ou quand elle travaillait trop longtemps à la machine à coudre. Peut-être est-ce encore à un excès de fatigue de ce genre qu'il faut attribuer la violente douleur qu'elle ressentit subitement, il y a deux ou trois jours, dans le côté droit de l'abdomen, exactement, dit-elle, au point douloureux d'autrefois; mais il me paraît plus élevé, en tous cas, en rapport avec le péritoine du bord supérieur du ligament large, que l'utérus gravide a étiré, entraîné avec lui; douleur continue (véritable point de côté péritonitique) avec exacerbations intermittentes; nausées fréquentes; vomissements glaireux; constipation; fièvre sans frisson, mais tendance aux frissonnements répétés; tous symptômes qui me font craindre un éveil prématuré de l'accouchement; le globe utérin se durcit bien de temps en temps d'une façon appréciable,

mais sans douleur de cette région ni dans les lombes ; et le col n'a pas subi de commencement de travail. Des topiques calmants, l'opium à l'intérieur (pilules d'extrait gom. de 0 gr. 01, toutes les deux heures), le laudanum en lavement et, sur le point douloureux, une application de six sangsues dont les piqûres saignèrent convenablement, amenèrent une détente complète. Le 31, tout était rentré dans l'ordre et la grossesse arriva à son terme sans encombre. L'effacement du col mit plusieurs jours pour s'effectuer, tandis que la deuxième période fut relativement courte pour une primipare. Enfin, toutes les précautions furent prises pour favoriser l'involution régulière de la matrice, les suites de couches des plus heureuses, et la mère put, à sa grande joie, allaiter son enfant.

Bien que la rapidité avec laquelle certains signes caractéristiques (fièvre continue, douleurs abdominales vives, vomissements porracés) disparurent après l'expulsion de l'enfant, n'autorise qu'à supposer, dans l'observation suivante (XI), l'existence de la péritonite à l'état de simple hyperhémie, nous nous permettons de la reproduire ici, parce qu'avec les observations X et XII, elle est le complément des précédentes.

### Observation XI.

*Accidents d'entéro-péritonite au huitième mois d'une quatrième grossesse; accouchement trois semaines avant terme; enfant mort récemment; puerpéralité normale, malgré des relevailles trop prématurées; nouvelle grossesse arrivée au sixième mois.*

Le 8 août 1882, Mlle Camaille, sage-femme, me fait appeler près de Mme L..., de Lunéville, mère de trois enfants, tous nés à terme, mais dont la mort du deuxième, six semaines avant la dernière conception, lui causa un profond chagrin. Sauf un gonflement considérable de la jambe et de la cuisse gauches, qu'elle remarqua, du reste, chaque fois qu'elle fut enceinte et pour la première fois dans le cours d'une fièvre typhoïde de date ancienne, cette grossesse ne présenta rien d'anormal, jusqu'au matin du 6 août 1882, alors qu'elle était arrivée au huitième mois. Quelques jours avant, elle éprouva bien, contrairement à son habitude, une extrême fatigue, après avoir lavé des planches et levé fortement les bras pour approprier son logement; mais elle ne ressentit à ce moment aucune douleur dans le ventre.

Le 6, disais-je, en se levant elle éprouva un malaise considérable, avec de fortes crampes d'estomac (c'est son expression) qui se dissipèrent bientôt, au point qu'elle put faire l'après-dîner une longue promenade. Le lendemain matin, les mêmes douleurs reparurent pour continuer cette fois toute la journée, ne firent qu'augmenter et la forcèrent à s'aliter; pas de frisson, mais sensation alternative de froid et de chaleur; soif ardente; céphalalgie; nausées fréquentes; inappétence absolue et diarrhée. — *Prescriptions* : limonade gazeuse; cataplasme abdominal arrosé d'huile de camomille camphrée et laudanisée. Je la trouve en proie à de violentes douleurs dans les régions hypochondriaques et épigastrique, avec oppression (sans toux); envies incessantes de vomir, diarrhée bilieuse (non sanguinolente); tendance très marquée aux lipothymies; pouls fréquent (110) et mou; peau axillaire chaude, mais pas de frisson. — Jusqu'ici aucune contraction utérine douloureuse ni nul signe de commencement de travail du côté du col utérin. Les émissions sanguines me répugnant à cause de l'état de faiblesse et de pâleur de cette femme, qui cependant est fortement constituée et a habituellement le teint coloré, je prescris des ventouses sèches sur la région des hypochondres et des lombes, une pilule d'ext. gom. d'opium (de 0 gr. 02) chaque trois heures jusqu'à calme, de petits lavements amidonnés et un grand bain, qui procurent un léger amendement.

Le 10, je trouve, quoiqu'il ne se soit pas encore éveillé de douleurs utérines, le col complètement effacé, l'orifice entr'ouvert du diamètre d'une pièce de 1 franc; les battements redoublés bien distincts et les mouvements fœtaux très appréciables. Mais les tranchées épigastriques, soulagées momentanément (surtout par le bain), ont reparu; les nausées ont dégénéré en vomissements séreux, jaunâtres, puis franchement porracés, qui continuèrent avec la diarrhée, et un faible écoulement sanguin (décollement prématuré du placenta) se fit par la vulve.

Une nouvelle application de ventouses sèches et un grand bain ne procurèrent encore qu'un soulagement passager. Enfin le 12, vers quatre heures du soir, à la sortie d'un dernier bain, où elle ne put se transporter sans l'aide de la sage-femme, les tranchées épigastriques se confondirent avec des douleurs utérines, véritables cette fois, et, vers minuit, elle accoucha, avec beaucoup moins de douleurs et plus rapidement que les trois fois précédentes, d'une fille morte depuis vingt-quatre heures à peine (et dont l'épiderme était intact). Dès ce

moment, les douleurs et tous les autres symptômes (vomissements, diarrhée, fièvre, etc.) cessèrent comme par enchantement. Les suites de couches restèrent normales, malgré l'imprudence qu'elle commit en se levant dès le troisième jour. Aujourd'hui elle est de nouveau enceinte de six mois et bien portante.

Dans l'observation suivante, l'existence de l'inflammation du péritoine, masquée à son début par les symptômes graves et douloureux d'une fièvre typhoïde, s'est pleinement confirmée après l'avortement ; aussi la rapprochons-nous des précédentes. Ce n'est pas à une métro-péritonite typhoïde que nous avons eu affaire, mais bien à une fièvre typhoïde, dans le cours de laquelle il y eut éclosion latente d'une péritonite, produite peut-être à la fois par le traumatisme et par propagation de l'inflammation des tuniques intestinales à la séreuse.

### Observation XII.

*Symptômes de fièvre typhoïde survenus au sixième mois d'une deuxième grossesse; avortement; après lui, la maladie continue son cours, en s'accentuant davantage et en s'accompagnant du développement d'une endométrite et d'une péritonite iliaque gauche qui guérirent par résolution.*

Mme G..., de Lunéville, âgée de 26 ans, enceinte pour la deuxième fois (premier accouchement à terme), d'environ six mois, a fait, quelques jours avant ma visite, le 14 avril 1879, un travail des plus fatigants (elle a porté, dit-elle, des planches avec son mari, menuisier). Je trouve d'abord chez elle tous les signes d'une fièvre muqueuse (sporadique) : face colorée ; langue rouge au milieu avec deux raies jaunes saburrales ; soif ardente ; épistaxis ; constipation ; ventre douloureux à la palpation, mais autant à gauche du globe utérin qu'au niveau de la fosse iliaque droite ; ballonné au point de masquer le globe utérin, soupçonné seulement à la percussion profonde ; pas de délire encore. Je prescris pour le lendemain matin une seule cuillerée à soupe d'huile de ricin. Dans la nuit, apparition du délire et d'une forte diarrhée bilieuse qui devient extraordinairement abondante dans la journée et la nuit suivantes. *(Fièvre typhoïde.)* — Le 16, vers huit heures du matin, j'apprends que, outre les douleurs intestinales (coliques) qui précédaient et accompagnaient ses selles normales, se sont éveillées, sur la fin de la nuit, des douleurs hypo-

gastriques, intermittentes, comparées par la patiente à celles de l'enfantement. Elle ne se trompait pas : une douleur plus forte lui fit expulser devant moi un embryon de six mois, vivant ; une seconde amena la délivrance. Après elle, la maladie suivit son cours (fièvre continue : délire la nuit ; diarrhée bilieuse abondante, puis séreuse ; taches rosées) ; mais, en même temps, il se développa une *endométrite* et une *péritonite iliaque* gauche (tumeur douloureuse bien appréciable à la palpation ; mais sans engorgement simultané du tissu cellulaire pelvien ni péri-vaginal). L'embryon s'éteignit au bout de deux jours. —Admise à l'hôpital dans le service de mon confrère, M. le Dr T. Saucerotte, vers la fin du troisième septénaire, guérie alors ou peu s'en faut de la fièvre typhoïde, elle y fut soignée pour sa péritonite qui non seulement resta localisée, mais se termina par résolution, au point qu'à sa sortie, au bout de vingt jours, sa tumeur était réduite à un simple noyau induré. Quelques mois après j'appris qu'elle se portait bien ; mais, ne l'ayant plus revue, je ne puis compléter son histoire.

Enfin nous résumons l'observation suivante, comme un exemple rare de phlegmasies abdominales multiples produites par la même cause traumatique (les contractions utérines), constatées *de visu* sur le vivant pendant l'opération césarienne et développées par suite encore dans la période gestative, c'est-à-dire avant la déplétion utérine qui ouvre seulement la période puerpérale proprement dite. Nous ferons remarquer que, parmi ces lésions, la péritonite était la moins accentuée et à son début : la gravité extrême de la septicémie, entraînant rapidement la mort, ne lui donna pas le temps de suivre sa marche.

### OBSERVATION XIII.

Mme M. de Croismare, primipare, à terme et n'ayant marché que vers l'âge de trois ans, est affectée de rétrécissement pelvien ($0^m,07$ à $0^m,075$ de diamètre conjugé et $0^m,06$ environ de biischiatique). Avant le développement des accidents dont je vais parler, aucune intervention ne fut mise en œuvre, sauf la rupture prématurée des membranes par la sage-femme, et le toucher vaginal pratiqué par elle, mes confrères, MM. les Drs Job et Paulin, et moi, en tout huit fois

peut-être. Nous eûmes le tort d'attendre un commencement de moulage de la tête (en O. I. G. A.), comptant trop et sur la souplesse des os crâniens et sur quelque erreur en plus dans notre appréciation. Quinze heures après le début du travail et onze depuis la rupture de la poche, la peau était déjà chaude ; le pouls à 82 ; les parties génitales externes sèches ; mais sans trace de méconium, et l'enfant bien vivace. C'était le moment de pratiquer l'opération césarienne ; l'embryotomie eût offert moins de chances avec 0m,6 de biischiatique. Notre expectation eut les conséquences les plus fâcheuses. En effet, le lendemain à dix heures du matin nous trouvons : la face pâle, avec une raie jaune de chaque côté du nez, les joues striées de taches livides ; une faiblesse générale extrême, ayant débuté dans la nuit par une lipothymie avec plusieurs frissons ; mais pas de toux ; et, depuis cinq heures, Mme M... ne ressent plus de fortes et fréquentes contractions utérines, comme la veille et encore dans la première partie de la nuit ; mais par contre elle éprouve, dans le flanc et la région sus-inguinale gauches, une douleur continue qui augmente de violence pendant les rares contractions utérines.

Cependant, elle sentit encore ce matin les mouvements fœtaux, mais moins forts, et je crois entendre, au point reconnu hier comme maximum, des battements redoublés, mais bien affaiblis. Nous sommes surtout frappés du contraste qui existe entre la chaleur mordicante de la peau et un pouls de 96 ; de l'inclinaison extraordinaire que présente à droite l'utérus, dont le fond déborde largement le flanc, et des douleurs excessives qu'exaspère, dans la fosse iliaque gauche, l'effort que l'on fait (cependant avec modération et graduellement) pour essayer de ramener le globe utérin vers la ligne médiane. Mais ces douleurs ne sont pas le seul, le véritable obstacle à ce redressement : il existe, en dehors de la matrice, dans la région iléo-inguinale gauche, une tumeur de formation récente (datant de la nuit, de quelques heures peut-être) de la grosseur d'une pomme moyenne, bien plus douloureuse à la palpation que les régions circonvoisines fortement endolories elles-mêmes, semblant continuer, élargir la partie inférieure du bord de cet organe, mais située dans un plan un peu plus profond que lui, ne donnant lieu à aucune saillie visible et dont l'existence nous fut révélée par la percussion et la palpation seules. Les phénomènes inflammatoires (douloureux et fébriles) qui se sont éveillés dans la nuit, la faiblesse générale, la pâleur et les lividités de la face (indices trop certains d'un empoison-

nement du sang, d'une *septicémie*), la suspension ou du moins la diminution et l'éloignement des contractions utérines, avec l'apparition de cette tumeur, nous font songer à une *rupture partielle* de la matrice, ayant livré passage à une partie fœtale ou donné lieu à une *hématocèle préutérine*, avec commencement de péritonite. Enfin, il s'était développé en même temps une vaste *phlegmatia alba dolens*: cuisse gauche augmentée environ du double de son volume, fortement portée, comme clouée plutôt, dans l'abduction, à peau lisse, tendue, blanche et très douloureuse à la pression et dans les mouvements imprimés pour chercher à la ramener vers la ligne médiane.

L'opération césarienne décidée d'un commun accord, malgré les bien minimes chances qu'elle nous offre, est commandée cependant et par le faible espoir qui nous reste d'extraire un enfant encore vivant et par l'existence probable d'une déchirure de la matrice, en prévision de laquelle nous préparons un serre-nœud pour pratiquer l'opération de Porro. Un nouveau retard de deux heures, indépendant de notre volonté, fut des plus préjudiciables à la vie de l'enfant. Je passerai, bien entendu, sous silence tous les détails qui ne présentent ici aucun intérêt: au moment du transport de la patiente sur une table d'opération, elle fut prise d'un violent frisson, malgré la température assez élevée de la chambre. Après l'incision du péritoine pariétal, apparut le grand épiploon fortement injecté, présentant même des veinules longitudinales assez volumineuses, un peu adhérent ou pincé à son angle inférieur gauche (vers la tumeur), et sous lui, à quelque distance du bord supérieur du globe utérin, on voit un fort pinceau de veines, en même temps que des cordons, des replis péritonéaux qui ne sont autres que les attaches des ailerons des annexes gauches. Le tissu utérin est, à travers sa séreuse d'enveloppe restée transparente, bleuâtre et congestionné. Outre l'inclinaison latérale dont il a déjà été question, la matrice est tordue sur son bord droit, de sorte que son angle gauche, regardant à droite, dépasse de 0m,01 à 0m,02 la ligne blanche. Cet organe est littéralement enchassé comme un coin sur le cintre gauche du bassin au point que, malgré l'anesthésie chloroformique, c'est avec assez de peine que l'un de nous le ramène sur la ligne médiane pour le moment d'y pratiquer l'incision. La pression digitale, exercée sur la région iléo-inguinale gauche, amène vers l'angle inférieur de la plaie abdominale, un liquide séreux, transparent, sans flocons, et fait en même temps glisser et saillir, du bord gauche de cette plaie, une portion du péritoine pariétal et du grand

épiploon, épaissie, molle, comme gélatineuse et légèrement jaunâtre. Enfin, soulevant cette paroi pour voir s'il n'y a pas de déchirure utérine de ce côté, nous ne trouvons pas une goutte de sang ni extravasé dans les tissus, ni libre dans la cavité abdominale; mais les ailerons des annexes gauches (et notamment la moitié interne de la trompe) sont aussi infiltrés, souples, gélatiniformes et transparents. Nos recherches ne furent pas poussées plus loin, pour éviter l'action prolongée de l'air sur le péritoine, mais à notre grand regret; car il est infiniment probable que toute l'épaisseur de la base du ligament large correspondant présentait une infiltration semblable, sans doute même plus avancée et dont l'existence explique seule la tuméfaction qui fut si nettement constatée dans cette région avant l'opération. Au moment de l'incision des enveloppes fœtales, un bruit de claquement bien manifeste se fait entendre, produit par la brusque sortie de gaz contenus dans la poche et suivie elle-même d'un flot de matières liquides fécaloïdes (mélange de méconium et d'eau amniotique). Puis on extrait un gros garçon, dont les membres ne sont pas flasques, mais qui ne donne plus aucun signe de vie. — La matrice ne fut pas enlevée; des jets artériels multiples et entrecroisés provenant de l'incision utérine d'une part, et une hémorrhagie veineuse de l'insertion utéro-placentaire de l'autre, en même temps que l'inertie de l'organe, nous font craindre une syncope mortelle. Des lavages froids de la plaie utérine et une injection sous-cutanée d'ergotine Yvon (de 0 gr. 50) amènent, en quelques minutes, qui nous parurent bien longues, la rétraction tant désirée. — Les précautions antiseptiques les plus minutieuses furent mises en œuvre par notre confrère, le Dr Paulin. — La patiente se réveilla, sans grandes souffrances, le teint pâle et le pouls à 120 (également tel à notre départ). — Les prescriptions: poudre de sulfate de quinine (de 0 gr. 10) toutes les deux heures, application de deux vessies à demi-remplies d'eau fraîche, une de chaque côté de la suture abdominale; onctions mercurielles sur la cuisse gauche; bouillon et lait froids (si l'estomac les supporte) ne furent, par négligence, qu'incomplètement et tardivement exécutées; les poudres entre autres ne furent commencées que dans la nuit. *Des vomissements bilieux* survinrent avec un faible suintement sanguin par l'angle inférieur de la plaie; l'affaissement augmenta progressivement, et la femme expira vers dix heures du matin, c'est-à-dire vingt-deux heures après l'opération. L'autopsie nous fut refusée.

RARETÉ.

On voit, d'après le petit nombre de faits que nous avons pu réunir, combien est rare la péritonite chez la femme enceinte; mais le peu qu'en disent les auteurs, à part ceux des six premières observations que nous venons de relater (Mme LACHAPELLE, DÉSORMEAUX, J. MAZADE, E. WAGNER et M. BERNUTZ), la ferait croire encore plus exceptionnelle.

Ainsi CAPURON (1), Mme BOIVIN et DUGÈS (2), CAZEAUX (3) et TARNIER (4) ne font que la mentionner parmi les maladies aiguës qui peuvent s'observer pendant la grossesse. Les deux derniers ajoutent même qu'ils n'en ont jamais vu d'exemple. Cependant SCANZONI (Fréd.) (5), déjà en 1853, consacre une page à la péritonite et surtout à l'inflammation du revêtement péritonéal de la matrice chez les femmes enceintes ; seulement il avance plusieurs assertions sans citer de faits à l'appui.

SCHRŒDER (Carl) (6) parle aussi de la péritonite développée pendant la grossesse en deux endroits de son *Manuel d'accouchements* : 1° à la page 364, sous le nom de *périmétrite*, qui passerait souvent à l'état de dépôt floconneux et très rarement à celui d'exsudat notable ; et 2° il rappelle (p. 366) que des péritonites partielles avec formation d'adhérences sont *fréquemment* le fait de gros kystes ovariques pendant cette fonction.

Il existe, avons-nous dit (p. 7), plusieurs observations citées par M. NEPVEU (p. 16, 23 et 26, *loc. cit.*) de rupture périto-

(1) *Traité des maladies des femmes*, p. 466. Paris, 1812.

(2) *Traité prat. des maladies de l'utérus et de ses annexes*, t. II, p. 223. Paris, 1833.

(3) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, p. 319, 6e édit., 1858.

(4) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, p. 523, 8e édit., 1870.

(5) *Lehrbuch der Geburtshilfe*, t. I, p. 371 et 372, Wien., 1853.

(6) *Manuel d'accouchements. Pathologie de la grossesse*, 4e édit., trad. par Charpentier. Paris, 1875.

néale de kystes ovariques, dans les premiers mois de la gestation, et qui donna lieu à une péritonite sur ou subaiguë.

SÉDILLOT jeune, d'une part, dans ses réflexions sur une observation de rupture de la matrice au terme de la grossesse publiée par N. SAUCEROTTE (1) et M[me] LACHAPELLE et DUGÈS (2), de l'autre, rappellent que cet accident peut être suivi d'abcès du ventre, d'inflammation du péritoine, en un mot, aussi bien que de la matrice et du tissu cellulaire ambiant.

Enfin MM. STOLTZ (3) et SIREDEY (4) disent que la péritonite puerpérale épidémique peut déjà débuter soit à la fin de la grossesse, soit pendant le travail.

Ce ne sont là que des faits exceptionnels. Mais, en dehors de toute influence épidémique, il est bien difficile de comprendre l'extrême rareté de cette inflammation, quand on songe aux connexions intimes qui existent entre la matrice, ses annexes et la séreuse qui les revêt dans leurs portions mobiles et si exposées par suite aux atteintes des causes traumatiques, surtout lorsqu'elles ont pris un développement gravidique considérable. Mais il est probable que l'éclosion de cette inflammation serait trouvée moins exceptionnellement si, d'une part, on analysait attentivement les observations d'avortement provoqué si fréquemment dans les premiers mois par des manœuvres criminelles ; si, d'autre part, quand il est appelé pour des accidents abdominaux sérieux, dits puerpéraux, le médecin avait le soin d'interroger la nouvelle accouchée sur la manière dont elle s'est portée avant sa délivrance ; si, encore, lorsqu'il assiste, chez une femme enceinte, à l'évolution d'une maladie aiguë grave avec localisation abdominale (entérite simple ou folliculeuse (fièvre typhoïde), il avait plus souvent en vue la

(1) *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. III, p. 424, 1797-1798.

(2) *Pratique des accouchements*, t. III, p. 119. Paris, 1825.

(3) *Nouveau dictionnaire de méd. et chir. pratiques*, art. *Couches*, t. IX, p. 691, 1868.

(4) *Nouv. dict. de méd. et chir. prat.*, art. *Péritonite puerpérale*, t. XXVI, p. 738, 1878.

possibilité de l'éveil de la péritonite par contiguïté de tissu; si, enfin, la patiente elle-même, surtout quand elle est primipare, c'est-à-dire n'a pas encore l'expérience de premières grossesses normales, n'était pas si portée à attribuer à la préaration naturelle de l'accouchement toutes les douleurs qu'elle a éprouvées dans les derniers temps de sa grossesse, et qui sont déjà le prélude, sinon le début, des accidents qui semblent pour elle n'éclater qu'à la suite de ses couches.

Mais si la péritonite est exceptionnelle pendant la grossesse, elle semble, de l'avis de Mme Boivin (*loc. cit.*) et de Scanzoni (p. 372, *loc. cit.*) et d'après nos propres recherches comparatives, être encore moins rare que les autres phlegmasies abdominales, la métrite, le phlegmon pelvien, la salpingite, etc.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET ORIGINE.

Le nombre si restreint jusqu'ici d'autopsies de femmes grosses atteintes de péritonite ne peut qu'incomplètement nous éclairer sur l'origine de cette affection en pareille circonstance; car, quoi qu'en dise Scanzoni (p. 371, *loc. cit.*), ce n'est plus quand les malades ont succombé un certain temps après l'expulsion prématurée du fœtus qu'il est facile, possible même de retrouver le véritable point de départ de l'inflammation péritonéale; et malheureusement les auteurs qui ont été témoins des rares faits publiés n'en ont pas tiré tout le parti désirable. Ainsi, les observations de Mme Lachapelle (obs. I) et d'E. Wagner (obs. IV) ne font que mentionner à l'autopsie: dans l'une, des traces de péritonite avec épanchement, et, dans l'autre, une inflammation de la séreuse abdominale de médiocre intensité, sauf autour de l'utérus.

Mme Boivin, Dugès (*loc. cit.*) et Cruveilhier (1), à propos de la métropéritonite, parlent plutôt de la constatation anatomique de la métrite partielle qui prépare, pendant la grossesse,

(1) *Journ. hebdom. et univ.*, t. IV, p. 228.

le ramollissement du tissu de la paroi utérine et, par suite, la rupture de cette dernière au moment de l'accouchement, que des lésions de la péritonite elle-même.

Quoique SÉDILLOT jeune (p. 424, *loc. cit.*) prétende que les auteurs sont remplis d'observations d'abcès formés dans l'abdomen longtemps après la rupture de la matrice au terme de la grossesse, nous avouons n'avoir pas lu d'autre cas de ce genre que celui de N. SAUCEROTTE (p. 418, *loc. cit.*), cas dont l'autopsie constata à la fois un épanchement de sang couleur lie de vin et d'une odeur très fétide (hématocèle périutérine suppurée) et un commencement de dissolution putrilagineuse de l'utérus et des parties circonvoisines.

C'est ici surtout que nous regrettons de n'avoir pas eu sous les yeux les observations de SANGALLI (*loc. cit.*), de SCHMIDT (*loc. cit.*) et de SPENCER WELLS (*loc. cit.*), dans lesquelles la péritonite mortelle fut occasionnée, avons-nous dit, par la rupture de kystes ovariques dans la cavité abdominale : aussi sommes-nous réduit à rappeler, avec M. NEPVEU (p. 27, *loc. cit.*), que les lésions trouvées étaient celles de la péritonite aiguë.

Les autopsies des 8e et 9e observations de M. BERNUTZ (obs. V et VI) sont certes des plus minutieusement détaillées, mais elles appartiennent à des lésions inflammatoires abdominales multiples, à la pelvipéritonite en particulier, qui n'ont été étudiées anatomiquement que 50 et 81 jours après l'avortement. D'après le degré d'altérations produites, on est bien naturellement porté à déduire, avec leur auteur, que cette péritonite n'a été que consécutive à la salpingite ; mais encore doit-on tenir grand compte des transformations régressives que l'inflammation de la séreuse ou des tissus voisins (tissu connectif entre autres) a pu subir dans le cours de la maladie. Qu'étaient-ce, en effet, que ces points rénitents, très mal limités, sentis par le toucher, dans le cul-de-sac vaginal gauche (obs. V), deux jours avant l'avortement, et cet empâtement vague perçu le cinquième jour autour du col utérin (obs. VI), sinon déjà, dans le premier cas, de la péritonite séro-adhé-

sive, et, dans le second, de l'engorgement du tissu cellulaire péri-utérin, quoique les nausées, les vomissements et la diarrhée n'aient été notés que le cinquième (obs. VI) et le cinquante-deuxième jour même (obs. V) après l'avortement ?

Dans les cas où la mort succède rapidement à des accidents puerpéraux occasionnés par des manœuvres obstétricales et pris souvent, pendant la vie, pour les symptômes d'une péritonite aiguë et même suraiguë, nous avons remarqué déjà, lors des recherches nécroscopiques que nous poursuivions en 1867, à l'amphithéâtre de Strasbourg, et trouvé dans la lecture d'autopsies de faits semblables, rapportés par CRUVEILHIER (1), BÉHIER (2) et M. HERVIEUX (3) entre autres, que la lésion principale, outre l'attrition ou la déchirure du col utérin, était l'infiltration purulente ou séro-purulente diffuse du tissu cellulaire sous-péritonéo-pelvien et que, par contre, la péritonite faisait souvent défaut ou n'avait eu qu'à peine le temps de commencer. L'observation que nous relations (p. 25 et 50) dans notre thèse (déjà citée) en est aussi un exemple.

Mais si l'anatomie pathologique n'est pas encore capable de nous édifier sur l'origine de la péritonite pendant la grossesse, du moins l'étude attentive de l'évolution de cette maladie permet-elle de constater que l'étincelle inflammatoire part le plus souvent (sinon toujours) d'un point de la séreuse péri-utérine, et notamment de celle des ailerons des annexes. Ainsi, dans les cas où il a été mentionné, ce point primitivement affecté a appartenu surtout au côté droit (4) de l'utérus (obs. II), à la

---

(1) Communication à l'Acad. de méd., 30 mars. *De la Fièvre puerpérale. Gaz. méd. de Paris*, p. 222, 1858.

(2) *Confér. clin. des maladies des femmes en couches*, XXIe observation. Paris, 1864.

(3) *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, LXXIIIe observation. Paris, 1870.

(4) Rien dans nos observations ne nous explique cette différence en faveur du côté droit. Pour des cas seuls, comme l'observation XIII, c'est évidemment là où l'occiput porte tous ses efforts, sous l'action des contractions utérines, que les lésions se produisent de préférence.

fosse iliaque (obs. I), à la région sus-inguinale ou aux ailerons du ligament large (obs. IV, IX et X); tandis que dans les observations VIII, XII et XIII, ce fut à gauche que s'éveilla le point péritonitique initial. D'autres fois, il fut difficile (obs. XI), impossible même de le préciser au début (obs. III).

Il nous fait également défaut et dans les cas de péritonite consécutive, soit à la rupture péritonéale de kystes ovariques dans les premiers mois de la grossesse, soit à celle de la matrice au terme de cette fonction, et dans ceux de péritonites partielles développées, pendant son cours, par le frottement de gros kystes de même nature.

Revenons à nos observations. La péritonite, malgré le rôle prépondérant qu'elle joua dans celles-ci, n'a été que rarement primitive, déterminée tantôt par l'épanchement, dans la cavité abdominale, d'un liquide irritant provenant de la rupture d'un abcès de la trompe (obs. IV), d'un kyste ovarique ou de la matrice; tantôt par le frottement d'un kyste volumineux, et peut-être par le tiraillement d'une ancienne bride (obs. X); tantôt, enfin, par l'impression d'un froid prolongé (obs. III).

Le plus souvent elle n'a été que secondaire, par contiguïté de tissu, par propagation de l'inflammation soit d'un organe voisin, tels que la trompe (obs. V et peut-être VI) et l'intestin, entérite simple (obs. XI) et folliculeuse (obs. XII), soit d'une tumeur péritonitique (obs. VIII).

## ÉTIOLOGIE.

Parmi les causes qui déterminent la péritonite pendant la grossesse utérine, les unes lui sont communes avec quelques phlegmasies abdominales et les autres paraissent lui être plus spéciales.

I. *Causes communes.* — Il est en effet des circonstances où, dans le cours de cette fonction, la même cause inflammatoire agit à la fois et sur le péritoine péri-utérin et sur toutes les

autres parties constitutives de la matrice et de ses annexes. Telles sont :

1° Les cas mentionnés par Mme BOIVIN et DUGÈS (*loc. cit.*), où une inflammation partielle de l'utérus, surtout de son fond, intéressant en même temps le parenchyme (métrite), le tissu cellulaire péri-utérin (paramétrite) et la séreuse de revêtement (péritonite péri-utérine ou périmétrite) se développe, pendant la grossesse, soit spontanément en apparence, c'est-à-dire sans cause traumatique reconnue (CRUVEILHIER, *loc. cit.*), soit, plus souvent, à la suite de contusion violente du globe utérin; inflammation dont résulte, avons-nous dit, un ramollissement de la paroi de ce dernier qui la prédispose à se rompre pendant l'accouchement.

Rappelons encore que cette rupture, survenant au terme de la grossesse et quelle qu'en soit la cause, peut être aussi suivie de péritonite (1), de collections purulentes abdominales (2), quand l'hémorrhagie et le collapsus n'entraînent pas la mort d'une façon suraiguë; inflammation déterminée ici par l'épanchement de sang ou de liquide amniotique et par la chute du fœtus dans la cavité abdominale, où ils font l'office de corps étrangers plus ou moins irritants.

2° Sous l'influence de la fièvre puerpérale épidémique, on voit quelquefois la péritonite, conséquence immédiate d'une altération aiguë du sang, se développer soit surtout vers la fin de la grossesse (CLARCKE (3), CHURCHILL, FLEET (4), STOLTZ, *loc. cit.*), soit très rarement pendant le travail (CLARCKE (5), GRISOLLE (6), SIREDEY, *loc. cit.*), et se complique le plus souvent, sinon toujours, d'autres altérations inflammatoires voisines, soit de la matrice, des veines et des lymphatiques du

(1) Mme Lachapelle et Dugès, *loc. cit.*

(2) Sédillot jeune, à propos de l'observation de N. Saucerotte, *loc. cit.*

(3) *Essays in med. comment.*, p. 311 et 315, 1791.

(4) *Traité prat. des mal. des femmes*, 5e édit., trad. par Wüland et Dubrisay, p. 990, 1866.

(5) *Loc. cit.*

(6) *Traité de pathol. interne.*, t. I, p. 530. 1871.

ligament large, soit du tissu cellulaire sous-séreux, des trompes, etc.

Et 3°, enfin, ce développement simultané peut avoir lieu, encore pendant le travail de l'accouchement, par l'action de la même cause traumatique, surtout dans les cas laborieux qui nécessitent une intervention manuelle ou instrumentale ; mais un travail prolongé, livré à lui-même, peut à lui seul, comme le témoigne l'observation XIII, quand il existe une disproportion notable entre le volume d'une tête fœtale rigide et les dimensions du bassin, peut aussi, disons-nous, produire à la fois, mais à des degrés différents, la lésion de tous les tissus maternels qui se trouvent comprimés violemment, à chaque contraction, entre l'occiput et le cintre du bassin.

II. *Causes spéciales.* — Il est par contre des cas où la péritonite, si elle n'existe pas absolument seule, prédomine par ses symptômes d'une façon si évidente qu'on peut la considérer comme telle. Ce sont des faits disséminés, développés isolément, dans des localités différentes et à un moment où il n'existe aucune influence puerpérale épidémique. Nous pouvons affirmer qu'il en fut ainsi pour nos sept observations personnelles. En a-t-il été de même dans les six premières? Pour trois (obs. IV, V et VI) on peut l'admettre, en songeant à la puissante efficacité de la cause traumatique déterminante près de laquelle toute influence épidémique, eût-elle même existé, n'eût joué qu'un rôle tout à fait secondaire. Mais l'absence de renseignements, dans les trois premières, ne nous permet de rien préjuger à cet égard.

De l'analyse de nos observations, il résulte que la péritonite a eu des causes multiples, mais non aussi complexes qu'elles peuvent le paraître au premier abord. Quelquefois inconnues, soit par défaut de mention (obs. I et II), soit par insuffisance de renseignements (obs. V et VII), mais rarement insaisissables (obs. XI), elles ont été le plus souvent de nature traumatique.

Ainsi c'est la rupture, dans la cavité abdominale, d'un

kyste ovarique (obs. de SANGALLI (*loc. cit.*), de SCHMIDT (*loc. cit.*), et 3 cas de SPENCER WELLS (*loc. cit.*), ou celle d'un abcès de la trompe (obs. IV), qui détermine une péritonite suraiguë et même la mort subite (SPENCER WELLS, *loc. cit.*); — où bien, ce qu'on ne reconnaît qu'à l'autopsie, la péritonite peut être la conséquence non seulement de la migration du pus d'une trompe dans le péritoine (obs. V), mais aussi de la propagation de l'inflammation de ce conduit à la séreuse d'enveloppe par l'intermédiaire des tissus qui la séparent de la muqueuse tubaire (obs. V encore et VI probablement) ; quant à la cause première de cette salpingite elle-même, elle était, comme nous le verrons tout à l'heure, dans les manœuvres criminelles pour provoquer l'avortement; — ou bien c'est une tumeur inflammatoire péri-utérine, une péritonite partielle des ailerons des annexes, trouvée concomitante (obs. VIII) et résultat du réveil d'une ancienne péritonite localisée ou plutôt de formation récente, qui propage l'inflammation à la séreuse des régions supérieures de l'abdomen (une simple tumeur stercorale n'aurait évidemment pas allumé de fièvre ni déterminé une péritonite aussi étendue); et qui, en même temps, par la compression qu'elle exerce sur le côlon descendant et sur la matrice (inclinée fortement à droite), occasionne des accidents semblables à ceux de l'obstruction intestinale et amène l'avortement.

De gros kystes de l'ovaire peuvent aussi, rappelle SCHRŒDER (*loc. cit.*, p. 366), donner lieu, pendant la grossesse, à des péritonites partielles avec formation d'adhérences. Ces sortes de greffes par approche sont déterminées sans doute par le frottement des deux tumeurs, utérine et ovarienne, qui se gênent réciproquement. Ce peut être encore le tiraillement d'une ancienne bride péritonéale (obs. X) pendant un travail exagéré à la machine à coudre, qui réveille un point péritonitique Ce sont plusieurs imprudences réunies (sauts à la corde, cirage et frottage de planchers, injections vaginales violentes (obs. IX); — des manœuvres criminelles non spécifiées, pour provoquer l'avortement (obs. VI et peut-être V) qui

à la fois allument l'inflammation des trompes et leur séreuse d'enveloppe et éveillent l'avortement; — des efforts pour porter de lourds fardeaux et une fatigue exagérée (obs. XII) ayant pu contribuer, pour une bonne part, avec l'irritation intestinale d'une fièvre typhoïde (sans doute déjà en incubation), à faire naître un point de péritonite que cette fièvre étouffe dans son début. C'est, répétons-nous, la gastro-entérite (obs. XI), l'entérite folliculeuse (obs. XII) qui a pu déterminer une péritonite secondaire par retentissement de l'inflammation des tuniques intestinales sur la séreuse de revêtement; péritonite analogue à celle qui se développe quelquefois, comme le rappelle M. Jaccoud (1), en dehors de la grossesse et sans perforation; ou à ces péritonites partielles, dit Trousseau (2), qui guérissent les perforations intestinales de la fièvre typhoïde; la gastro-entérite a peut-être encore été aidée dans l'obs. XI par une prédisposition que mentionne Grisolle (3), le profond chagrin que lui occasionna, six semaines avant la conception, la perte d'un enfant chéri. Enfin, l'obs. III nous fournit un exemple bien caractéristique de péritonite *a frigore* à la suite de l'immersion prolongée des jambes dans de l'eau froide.

Rappelons ici que la même cause morbifique peut éveiller à la fois l'inflammation péritonéale et le travail prématuré (obs. III, V, VI et IX), et alors la première, malgré sa continuité et son extension, n'a plus sur le second qu'une action secondaire.

Certaines de ces causes sont pour ainsi dire spéciales aux différentes époques de la grossesse. Ainsi, au début, dans la période des vomissements sympathiques, il serait à craindre que les secousses du ventre ne déterminent une péritonite partant d'une plaie de la paroi abdominale (4). Par contre,

(1) *Traité de path. interne*, t. II, p. 385. Paris, 1877.

(2) *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 4e édit., p. 296. Paris, 1873.

(3) *Traité de pathol. interne*, t. I, p. 585, 1874.

(4) Nous venons, en février dernier, d'être témoin d'un fait de ce genre chez

dans les premiers mois, le péritoine de la matrice et de ses annexes, alors que ces organes sont encore protégés par le petit bassin, n'est pas exposé, comme dans les derniers, quand ils sont volumineux et lourds, à l'action des violences extérieures, aux tiraillements sur ses attaches et aux frottements qu'il peut subir de la part des gros kystes ovariques, par exemple; mais c'est à ce moment que l'inflammation est le plus souvent le résultat de manœuvres criminelles portant leurs effets funestes surtout sur le segment inférieur de la matrice, et qu'a lieu aussi, comme le remarque M. Nepveu (p. 16, *loc. cit.*), la rupture des kystes de l'ovaire confinés alors avec la matrice dans l'excavation pelvienne. Tandis que c'est vers la fin de la grossesse (du moins nous ne sachons pas qu'on ait vu la péritonite épidémique débuter plus tôt), que la fièvre puerpérale exerce de préférence son influence sur la matrice, ses annexes et sur leur péritoine. Quant au refroidissement prolongé, aux tiraillements d'anciennes brides péritonéales, aux imprudences de toutes sortes, aux efforts violents, à la propagation au péritoine de l'inflammation d'un organe voisin, toutes ces causes peuvent entrer en action à n'importe quel moment du cours de la gestation.

En résumé, nous ne trouvons pas, pour la péritonite développée pendant la grossesse, de causes déterminantes tout à fait spéciales; toutes celles, en effet, que nous venons d'énumérer, à part les manœuvres coupables pour provoquer l'avortement, ont été notées comme ayant produit cette inflammation en dehors de la gestation, et au même titre qu'on

---

une jeune bouchère enceinte de six semaines qui, par maladresse, se fit avec un couteau, à la paroi abdominale, une plaie de $0^m,02$ de longueur et de $0^m,015$ de profondeur, par laquelle sortit une frange épiploïque qu'elle rentra immédiatement. Le repos absolu, des sangsues et des calmants furent prescrits pour prevenir l'inflammation péritonéale et les secousses de vomissements fréquents auxquels cette femme était sujette depuis quinze jours. Elle garda dix-huit jours le lit jusqu'à parfaite guérison de sa plaie, ne vomit pas une seule fois et toute crainte de péritonite disparut.

pourrait le faire (quoique nous n'en ayons pas trouvé d'exemple pendant cette fonction) pour des plaies ou de violentes contusions de l'abdomen, déterminant la rupture d'organes creux, comme la vésicule biliaire et la vessie. Mais les causes énumérées plus haut rencontrent dans la grossesse des prédispositions toutes particulières qui jouent un rôle important, prépondérant, pouvons-nous dire, dans la pathogénie de cette péritonite. Ce sont entre autres : 1° la prédisposition chez les femmes enceintes aux inflammations abdominales en général (GRISOLLE, *loc. cit.*, t. I, p. 584), que font naître les changements profonds qui s'opèrent dans le poids, le volume de la matrice et de ses annexes, l'accroissement de tous leurs éléments constitutifs et en particulier aussi la suractivité des voies absorbantes, la distension et les frottements auxquels se trouve soumis le péritoine qui les revêt ; 2° l'augmentation de la proportion de fibrine du sang dans les derniers mois de cette fonction, et 3° enfin l'influence fâcheuse des impressions morales vives (chagrin, etc.).

Après l'énumération de toutes ces causes réunies, nous concevons avec ANT. DUGÈS (1) : « combien une péritonite aura plus de tendance à naître, à égale intensité de causes, chez une femme dont la matrice distend l'abdomen » ; mais aussi sommes-nous étonné que les auteurs qui l'ont précédé ou suivi en aient présenté si peu d'observations.

Quoique, sur 11 cas où le nombre des grossesses a été noté, nous comptions 7 primipares, la primarité ne nous a pas paru exercer une influence réellement plus favorable sur la production de la péritonite, c'est-à-dire que les causes qui ont été mises en jeu chez les primipares auraient pu produire les mêmes effets chez des pluripares, et réciproquement.

Les deux cas de péritonites épidémiques déjà cités appartenaient à deux femmes enceintes pour la deuxième fois.

(*A suivre.*)

---

(1) *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. IX, p. 303, 1833.

# REVUE CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE.

## HOPITAL DE LA CHARITÉ DE LYON, SERVICE DE M. LAROYENNE.

**Par Charles Truchot**, interne des hôpitaux.

### INTRODUCTION.

Un certain nombre d'observations intéressantes, recueillies dans mon service, et qui ont fait le sujet des leçons du commencement de ce semestre, m'ont déterminé à publier ce travail.

Il comprend: 1° La description d'une opération pratiquée pour la dilacération du col de l'utérus, que notre excellent maître M. Laroyenne, à défaut d'une plus satisfaisante dénomination, a désignée sous le nom d'affranchissement par évidement ; 2° la conduite à tenir dans les hémorrhagies consécutives aux diverses opérations qui lèsent la matrice surtout au niveau du col ; 3° quelques considérations sur les polypes larvés et sur ceux dont l'apparition n'est qu'intermittente, avec quelques remarques sur la coexistence de ces tumeurs avec la dégénérescence de l'organe font le sujet d'un chapitre suivi ; 4° d'un fait de rétention menstruelle par occlusion hyménéale ; 5° enfin, nous donnons la relation de trois ovariotomies compliquées, que nous avons choisies, soit à cause des difficultés qu'elles ont présentées, soit à cause pour deux d'entre elles du temps fort long nécessaire pour obtenir la guérison.

## CHAPITRE I.

### DE L'AFFRANCHISSEMENT PAR ÉVIDEMENT DES LÈVRES DU COL DE L'UTÉRUS, DILACÉRÉES ET ÉVERSÉES.

L'accouchement laisse fréquemment après lui une ou plusieurs déchirures latérales ou étoilées plus ou moins complètes du col de l'utérus avec éversion de ses lèvres.

Sir James Simpson, en 1851, avait déja attiré l'attention sur ce sujet. Plus récemment Gaillard Thomas a longuement traité cette question.

Nous n'avons pas ici l'intention de la reprendre complètement, mais seulement d'exposer à certains points de vue les idées de M. le professeur Laroyenne.

Cette lacération produite, il s'établit une hypersécrétion des glandes à mucus, mais il n'y a qu'une apparence d'ulcération portant sur les lèvres retournées. Si en effet on touche avec du coton cette surface malade, il y a bien rarement un suintement sanguin.

Cette surface épithéliale d'apparence cruentée donne une sensation spéciale ; c'est celle d'un vernis résultant de l'adhésion du mucus sur cet épithélium transformé, état que le toucher permet facilement d'apprécier. Cette prétendue ulcération n'est donc autre que la surface interne de la cavité cervicale utérine qui présente une coloration rouge.

Les malades atteintes de cette affection offrent, comme symptômes généraux, de la pesanteur dans le bassin et, aux aines, des tiraillements à la marche, etc.

Les pertes sont muqueuses. C'est un mucus jaunâtre, fourni par les glandes du col et surtout par celles de la muqueuse éversée. On constate en outre des hémorrhagies légères et des névralgies du col souvent consécutives au coït, et enfin de la variabilité du flux menstruel.

Sur les morceaux de ces cols malades, que M. Laroyenne a examinés et surtout fait examiner par M. Chandelux, chef des travaux du laboratoire d'histologie, on constate à la loupe des aspérités dues aux papilles et aux cavités où viennent s'ouvrir les glandes à mucus. Nous allons d'ailleurs donner ici le compte rendu d'un examen histologique de ces pièces, compte rendu que nous estimons ne devoir pas faire double emploi, même après les travaux les plus récents et notamment ceux de M. de Sinéty.

On observe : 1° Des états inflammatoires, caractérisés par des amas de cellules embryonnaires formant des surfaces plus

ou moins arrondies ou irrégulières. Ces îlots sont d'autant plus nombreux et d'autant plus larges que l'on approche davantage des parties superficielles du col.

Au-dessous du revêtement épidermique les cellules embryonnaires forment une couche continue, et une zone planiforme d'infiltration.

2° Des lésions scléreuses. Elles sont irrégulièrement disséminées, mais existent de préférence dans les parties profondes du col. Entre les faisceaux conjonctifs condensés et hypertrophiés, on aperçoit les faisceaux de fibres musculaires lisses.

3° Des lésions glandulaires. Les lésions les plus intéressantes sont celles qui existent au niveau des glandes folliculeuses du col. Celles-ci sont très notablement hypertrophiées et montrent des dilatations plus ou moins accentuées, soit au niveau de leur conduit excréteur, soit au niveau de leur cul-de-sac. De plus ces glandes, qui normalement s'ouvrent à la face interne du col dans la cavité, viennent ici déboucher sur sa face externe. Il y a donc eu retournement du col, et la conséquence des connexions nouvelles, affectées par cette portion du col avec le vagin, a été une modification dans la forme du revêtement épithélial.

L'épithélium dans toute la portion du col, qui d'interne est devenue externe, a pris les caractères de l'épithélium pavimenteux corné, disposé en couches multiples ou stratifiées de revêtement. Les orifices excréteurs des glandes folliculeuses viennent s'ouvrir dans des cryptes qui seraient aisément visibles à la loupe sur la surface pavimenteuse épithéliale de revêtement.

Sur les coupes qui ont été faites, l'épithélium persistait dans tous les points, on ne pouvait donc découvrir aucune ulcération.

4° Des altérations vasculaires. Les artères et les veines sont volumineuses, offrant un calibre inégal sur les différents points de leur trajet. L'endartère et l'endoveine sont épaissies. Il y a des bourgeonnements par place dans l'intérieur du vaisseau,

et on peut également constater quelques altérations régressives de la tunique moyenne.

Mais à côté de cette forme de métrite du col s'en place une autre due à la même cause et ayant la même symptomatologie, si ce n'est qu'ici on pourra trouver un peu d'exulcération franche et que l'orifice du col se laissera très difficilement distendre. C'est la forme scléreuse, différente par ses lésions anatomo-pathologiques.

On constate alors sur le col amputé un développement anormal des faisceaux conjonctifs denses, anastomosés entre eux et entrecroisés dans tous les sens. Il ne paraît pas y avoir une hypertrophie des fibres musculaires lisses, les vaisseaux bien loin d'être dilatés, variqueux, comme nous les avons observés dans le cas précédent, sont au contraire moins volumineux qu'à l'état normal. L'épithélium qui recouvre les surfaces est épaissi en plusieurs points. Dans d'autres au contraire, il fait complètement défaut, si bien qu'on se trouve en présence de véritables exulcérations.

Les lésions épithéliales s'observent exclusivement sur la face externe du col, tapissé par un épithélium pavimenteux stratifié. Enfin on peut noter également une hypertrophie des glandes à mucus.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'une inflammation chronique du col ayant abouti à un développement anormal du tissu conjonctif, à une sclérose.

Par suite de ce travail pathologique, soit que certains vaisseaux artériels aient eu leur calibre oblitéré, soit pour d'autres raisons que nous ne pouvons apprécier, certaines zones du revêtement épithélial ont été privées de leurs éléments de nutrition, se sont détachées et ont donné naissance aux exulcérations signalées.

Qu'on ait affaire à l'une ou l'autre forme de métrite du col avec déchirure et éversion, l'affection n'a pas de tendance à guérir seule, elle végète si elle ne s'aggrave pas, des réflexes douloureux du coté de l'estomac viennent ajouter aux douleurs déjà existantes et il faut intervenir.

Cependant si, malgré l'existence d'une métrite aréolaire, la femme ne souffrait pas, ou bien encore si, malgré les souffrances, on trouvait des traces de pelvipéritonite douloureuse, si même on avait un état général par trop mauvais, la prudence conseillerait l'abstention opératoire.

Lorsque la déchirure du col avec ectropion est compliquée de rétroversion, les douleurs spéciales à la métrite sont moins vives parfois, car les lèvres du col, se trouvant à peu près dans l'axe de l'utérus rétroversé et du vagin, sont soumises à peu de frottements. Il n'en est pas de même s'il se présente de l'antéversion avec de l'abaissement ou un certain degré d'hypertrophie. La surface des lèvres du col malade vient alors frotter contre la paroi postérieure du vagin et produit une sensation extrêmement douloureuse, surtout lorsque les malades s'assoient ou éprouvent une violente secousse. C'est à l'anus et au périnée que la douleur se fait le plus violemment sentir. Une boucle de Hodge appliquée dans ce cas de rétroversion est souvent impuissante pour diminuer les douleurs. L'antéversion, au contraire, pourrait être traitée par un redresseur approprié, mais cela demanderait un temps bien long et ne guérirait pas la lésion du col.

Étant donné qu'il faut intervenir, quel sera le mode de traitement auquel nous donnerons la préférence?

Il s'agit de modifier la surface malade, mais l'adhésion du mucus rend le traitement plus difficile. Le nitrate d'argent ne fait rien, car le caustique est neutralisé par le vernis muqueux; cependant les malades peuvent s'en trouver bien pendant quelques jours.

Ceux qui ont cru qu'ils étaient toujours en présence d'une vraie ulcération, ont naturellement employé la cautérisation; bien que le fer rouge, l'acide chromique, etc., puissent améliorer la situation, ces moyens ne sont pas suffisants, si les lésions sont trop prononcées.

Emmet, pour remédier à cette lésion, imagina une opération qui porte son nom et qui eut un certain retentissement :

Je n'ai pas à la décrire. Excision et avivement des surfaces lacérées et réunion de ces surfaces au moyen de sutures.

Quoi qu'il en soit, l'opération d'Emmet n'est pas toujours commode à pratiquer; elle amène beaucoup d'hémorrhagie, les fils coupent les tissus, et alors les résultats sont fort imparfaits.

A Berlin, on ampute tous les cols au galvanocautère, et Leblond, à Paris, préconise ce mode d'intervention.

Cette opération, très bénigne, est rapidement faite, mais elle laisse fatalement une surface oblique, la branche du galvanocautère portant plus haut sur la face antérieure du col que sur la postérieure. Cette imperfection opératoire n'existe pas lorsqu'on se sert des ciseaux thermocautères de M. Laroyenne, représentés ci-contre (planche n° 1). Mais ce dernier instrument pas plus que l'anse galvanocaustique ne permet, comme l'opération que nous allons décrire, d'enlever exactement les tissus malades, et rien que les tissus malades.

En effet, M. Laroyenne a imaginé un mode opératoire auquel il a donné le nom d'*affranchissement du col par évidement*. Ce n'est point une amputation par une section perpendiculaire des lèvres du col, mais une rectification, une ablation méthodique des deux lèvres éversées, pour restituer à l'organe sa forme normale; résulat que poursuit et réalise autrement l'opération d'Emmet.

Le chirurgien de la charité de Lyon se sert d'un simple couteau thermocautère coudé, fabriqué par Colin sur ses indications et dont nous donnons ici la figure (planche n° 2). Le spéculum de Neugebauer, modifié par Barnes, que M. Laroyenne a fait construire en buis pour cet usage, une fois appliqué, la lèvre antérieure légèrement tendue, on porte sur elle le couteau chauffé à blanc. Son tranchant, dirigé en bas et en arrière, sectionne de la portion manifestement altérée, hypertrophiée ou cicatricielle, une épaisseur qui varie de 3 à 4 millimètres à 1 centimètre 1/2. On agit de même pour la lèvre postérieure; le tranchant cheminant alors en haut et en arrière. Si les lèvres à réséquer sont trop proéminentes, on

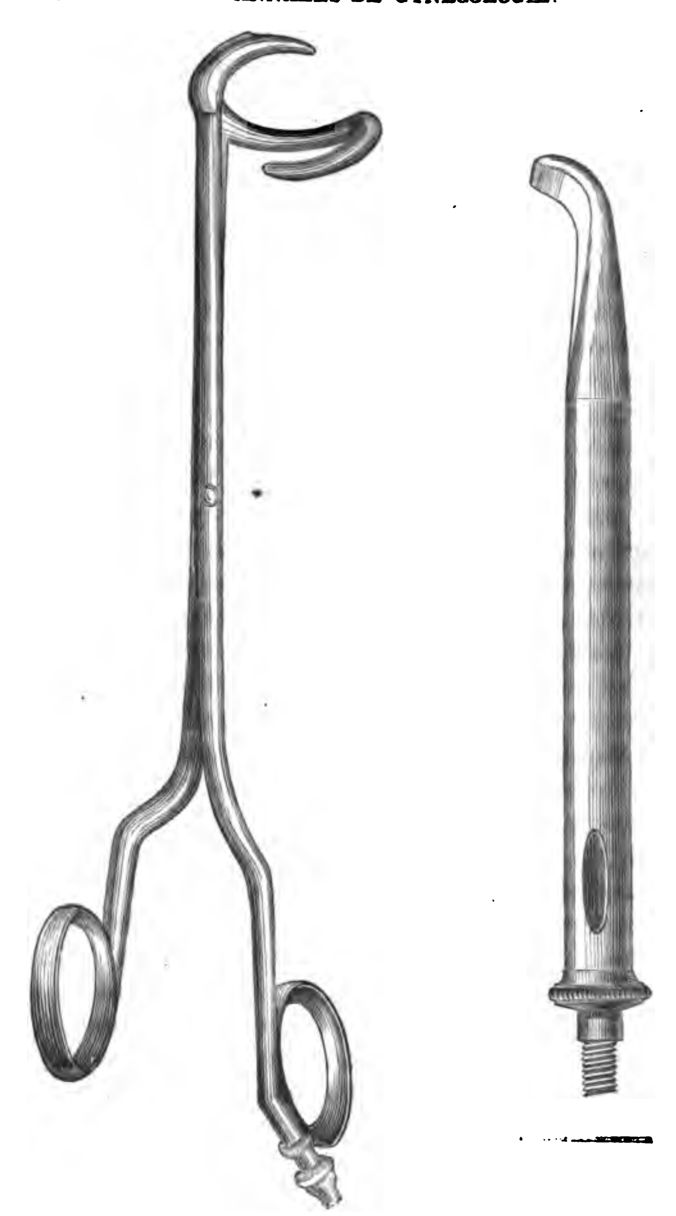


FIGURE 1. FIGURE 2.

les libère par une section bilatérale des commissures, toujours à l'aide du couteau thermocautère, afin de pouvoir enlever avec facilité chacune d'elles isolément.

La planche ci-jointe fera mieux voir qu'une longue description l'état du col avant l'opération et ce qu'il doit être après. Elle est due au talent de mes collègues Brossard et Dénarié.

Col de l'utérus.

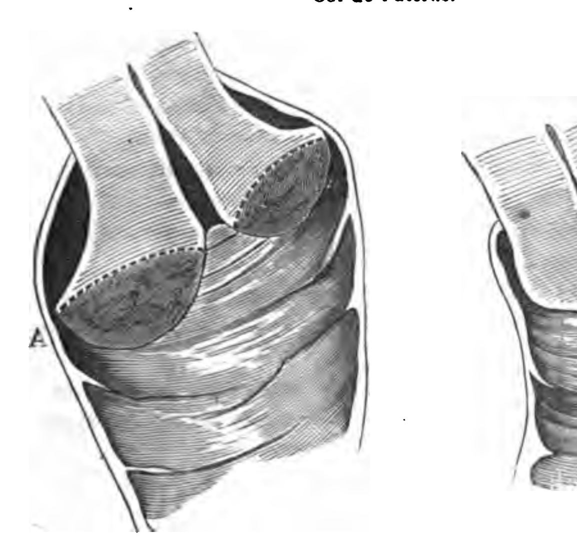



FIGURE 3.

Avant l'opération. Après l'opération.

OBSERVATION I.

*Dilacération du col avec éversion ; affranchissement par évidement au thermocautère ; guérison.*

Joséphine F..., couturière, demeurant à Montchat, 19 ans, entre le 21 décembre 1882 à l'hospice de la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 11.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement et normalement.

A eu une première couche à 17 ans, qui a été très bonne et n'a laissé aucune suite fâcheuse. Seconde couche à 18 ans très bonne également, mais suivie de pelvipéritonite très intense pendant un

mois. Affection due, selon toute apparence, à des rapports sexuels ayant eu lieu deux ou trois jours après l'accouchement.

A partir de cette époque, la malade a ressenti des douleurs abdominales plus accentuées du côté droit, et des douleurs très vives dans la région lombo-sacrée, à l'anus et au périnée.

La malade a une leucorrhée très abondante.

L'état général est resté bon, et les fonctions digestives s'accomplissent normalement.

L'examen des organes génitaux nous révèle un utérus douloureux, dont le col œdématié, largement entr'ouvert et dilacéré sur ses bords, offre un ectropion très prononcé de la lèvre antérieure. La surface éversée est rouge, mais non sanguinolente. Rien d'anormal dans les culs-de-sac,

Le 22 décembre. Ablation au thermocautère de la lèvre antérieure malade.

Il se produit un peu d'hémorrhagie aussitôt arrêtée par l'application de pinces érignes. Pas de complication.

Le 3 janvier. Les douleurs ont à peu près disparu.

Le 14. La malade part en bon état ayant encore un peu de leucorrhée.

Nous l'avons revue récemment, elle ne souffre plus et son col a repris l'apparence d'un col normal, la leucorrhée n'est plus appréciable.

### Observation II.

*Dilacération cicatricielle du col; ectropion; exulcération; latéroversion droite; affranchissement par évidement du col au thermocautère; guérison.*

Philomène R..., 38 ans, modiste, entre au service de gynécologie, salle Sainte-Marie, nº 7.

Bonne santé antérieure. Réglée à 17 ans, la menstruation a toujours été régulière. Quatre accouchements laborieux, mais surtout le dernier, datant de neuf mois et demi et pour lequel on a dû faire la version. (Enfant mort-né.)

Retour de couches deux mois après, mais la malade n'a jamais été remise d'une façon définitive. Elle a conservé des douleurs dans la région lombaire et des tiraillements dans les fosses iliaques, le tout compliqué d'une leucorrhée abondante.

L'état général est affaibli, la malade a eu de la dysurie et de la constipation, mais malgré tout la menstruation se fait régulièrement.

A l'examen des organes génitaux, on constate un col dur, dilacéré, avec ectropion des deux lèvres, mais surtout de l'antérieure. L'aspect de la surface malade est rouge avec quelques points exulcérés sanguinolents. L'orifice du col se laisse difficilement pénétrer. L'utérus est en latéroversion droite.

La malade a subi, il y a quelque temps, une légère cautérisation qui n'a pas eu grand effet.

Le 6 février. M. Laroyenne pratique l'affranchissement par évidement du col au thermocautère. L'opération donne beaucoup de sang.

Le 28. La malade quitte le service très améliorée, elle n'a plus de pertes blanches.

Revue ensuite à la consultation gratuite, elle était en très bon état, et son col redevenu presque normal.

Nous nous bornons à ces deux observations qui sont un exemple des deux formes de métrite du col que nous avons décrites précédemment en insistant sur leurs lésions anatomo-pathologiques.

## CHAPITRE II

### DU TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES AUX OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR L'UTÉRUS ET PLUS SPÉCIALEMENT SUR SON COL.

Dans l'opération de M. Laroyenne comme dans toutes celles qui se pratiquent sur le col, les malades sont exposées à des hémorrhagies souvent inquiétantes, hémorrhagies pouvant suivre immédiatement l'opération, ou même n'apparaître que le lendemain ou le surlendemain. Si nous lisons les ouvrages des gynécologistes, leur inquiétude à cet égard nous paraît manifeste, mais nulle part nous n'avons trouvé un chapitre spécial s'occupant de cette question ; aussi nous a-t-il paru utile, tout en passant en revue les idées courantes, d'exposer ici l'enseignement et la pratique de notre maître.

Quand on fait une amputation du col pour une dégénérescence ou un allongement hypertrophique, quel que soit d'ailleurs l'instrument employé, et je n'en excepterai pas même le thermocautère, les insertions vaginales surtout en avant n'étant pas respectées, on est sûr d'avoir d'abondantes hémor-

rhagies, grâce au nombre considérable d'artérioles de cette région. Afin de s'en rendre plus facilement maître, la première indication est d'abaisser l'utérus de façon à avoir autant que possible sous les yeux les surfaces saignantes. Mais, outre que cette manœuvre n'est pas toujours facile, même dans les cas ordinaires, elle est impossible lorsqu'on a affaire à un cancer.

Nous restons donc en présence des cas les plus fréquents, ceux dans lesquels les insertions vaginales sont décollées et qui partant donnent fatalement lieu à des hémorrhagies.

West attribue l'hémorrhagie persistante à l'imperfection du tamponnement, et dit qu'il faudrait le pratiquer avec un spéculum.

Mais, appliqué sur ces surfaces, le tamponnement peut être désastreux : s'il est bien fait il distendra les culs-de-sac, écartera les lèvres de la plaie et provoquera l'hémorrhagie au lieu de la faire cesser, car au-dessus de lui il n'y a pas de plan résistant ; bien plus, le sang pourra se répandre dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et former une coagulation, qui, devenant putride, engendrera les complications les plus graves.

Dans les débridements et les sections du museau de tanche, ou bien dans l'opération d'Emmet, que la section soit faite au bistouri aux ciseaux ou au thermocautère, on a encore d'abondantes hémorrhagies, bien que les insertions vaginales dont nous avons parlé restent intactes. Il en est de même des sections bilatérales de l'orifice interne du col.

Dans tous ces cas le tamponnement a bien donné des déboires ; les caillots s'accumulent en arrière des tampons, et au bout de peu de temps l'hémorrhagie se fait jour. Car ici encore en distendant les culs-de-sac, le tamponnement le mieux fait, le plus accrédité, écarte les lèvres de la plaie, d'où persistance de l'hémorrhagie.

Une autre variété de tamponnement, vraiment souvent efficace, est celui qui se pratique avec un spéculum cylindrique, laissé à demeure pendant plusieurs heures et le plus longtemps possible. La résistance de ce vagin artificiel assure la com-

pression des surfaces saignantes. Le spéculum est retiré lorsque sa présence devient insupportable et les bourdonnets sont laissés en place.

Barnes et Marion Sims préconisent le lint imprégné de perchlorure de fer. Bien que ces auteurs ne le disent pas formellement, il semble cependant qu'ils aient reconnu l'inutilité du tamponnement classique; car, sans indiquer si c'est avec de la charpie ou du coton qu'ils le pratiquent, ils parlent d'un tamponnement *lâche*, comme complément de l'application du lint perchloruré.

Le lint imbibé de perchlorure est encore un moyen insuffisant pour arrêter certaines hémorrhagies dues aux sections de l'utérus, et on sera de notre avis si l'on réfléchit à la difficulté d'appliquer exactement ces tentes sur les surfaces cruentées plus ou moins mobiles et baignées de sang.

Que par malheur on n'ait pu par ce procédé se rendre maître de l'hémorrhagie, alors il ne sera plus possible d'intervenir et de toucher un vagin constricté et rendu douloureux par la perte, imprégnée du liquide fortement astringent.

On a préconisé l'emploi des sutures, mais elles sont quelquefois difficiles à appliquer et les fils sectionnent souvent les tissus. De plus, la suture de la muqueuse par adossement des deux lèvres du col, comme la pratique Marion Sims, ne peut être employée que dans les amputations du col, et non dans les autres sections de cet organe.

Déjà dans Gallard nous trouvons qu'à propos de l'opération de Huguier, Polaillon, pour arrêter une hémorrhagie, avait appliqué des pinces hémostatiques, ce qui n'avait pas empêché l'apparition d'une hémorrhagie secondaire. Il serait aisé d'en relater bien d'autres observations.

M. Laroyenne, devant l'imperfection des moyens d'hémostase, dans les cas ou les insertions vaginales sont lésées, emploie, lui aussi, les pinces hémostatiques, mais l'important ici est de bien avoir la plaie sous les yeux.

Pour arriver à ce résultat, le chirurgien de la Charité se sert du spéculum Fergusson large et applique de longues

pinces hémostatiques dont les anneaux mobiles permettent de retirer le spéculum tout en laissant celles-ci à demeure.

Qu'il s'agisse d'une hémorrhagie due simplement à un débridement ou à une amputation du col, qui continue malgré l'attouchement du plat du couteau thermocautère, M. Laroyenne applique une large pince érigne à demeure au-dessus de la surface de section et l'hémorrhagie s'arrête.

Cet heureux résultat peut s'obtenir même encore lorsque l'hémorrhagie provient d'une section de l'orifice interne, car les pinces rapprochent fortement les deux lèvres du col. Ces pinces à griffes sont laissées environ vingt-quatre heures, et ne procurent aux malades d'autre désagrément qu'un peu de gêne.

On pourrait au besoin combiner la pince avec l'application d'une tente imbibée de perchlorure, mais d'une façon générale la pince seule suffit, et c'est surtout dans les incisions, les affranchissements par évidement et les amputations du col, je le répète, qu'éclate sa supériorité.

Mais, nous objectera-t-on, en resserrant ainsi les lèvres du col, vous vous exposez à refouler le sang dans l'utérus et à amener des complications graves ?

Rien de semblable ne se produit ; du reste, on ne fait qu'obtenir plus simplement et plus sûrement avec la pince ce qu'on voudrait demander souvent bien inutilement au tamponnement.

L'opinion bien nette de M. Laroyenne est que les opérations que nous venons de rappeler, en exceptant les sections de l'orifice interne, ne comportent pas le tamponnement banal, ni même le tamponnement régulier et bien fait, qui conserve assurément toute son efficacité dans certaines hémorrhagies de la grossesse. Ici, outre l'arrêt direct de l'hémorrhagie, facilité par la résistance du tissu utérin ou du globe fœtal, on se propose un autre but, celui de provoquer des contractions utérines. Du reste la béance des vaisseaux, sources de la perte, cachés dans la matrice, ne saurait être accrue par un tamponnement distendant l'ampoule vaginale.

Est-ce à dire qu'un tamponnement lâche ne trouve jamais une indication dans ces opérations? Loin de là : dans les cas où l'hémorrhagie est peu abondante, un léger tamponnement peut suffire à l'arrêter.

Eh bien, ce qui dans le service nous a toujours donné le meilleur résultat, c'est l'application d'une éponge *fine*, dont l'expansion douce est très bien supportée. L'éponge s'adapte parfaitement à la cavité vaginale, en ayant la précaution de la proportionner à cette cavité. Elle doit être traversée à son centre par un fil qui servira à la retirer; il faut bien avoir soin de l'enserrer dans une anse très large de façon qu'elle ne soit pas comprimée en huit de chiffre, ce qui modifierait sa forme globuleuse, annihilerait une de ses portions et rendrait son action incomplète.

Une éponge ainsi appliquée absorbe le sang qui suinte derrière elle; elle reste adaptée à la surface saignante sans trop la distendre et empêche la formation et l'accumulation des caillots.

Aussi, avant d'appliquer l'éponge, est-il indispensable de débarrasser la cavité vaginale de ces derniers par un lavage.

C'est encore à l'éponge introduite dans l'utérus qu'il faut avoir recours pour arrêter les pertes de sang provenant d'un fibrome implanté sur la cavité du corps de la matrice ou de l'abrasion de fongosités de diverse nature qui se rencontrent dans cette cavité. On nous pardonnera les détails dans lesquels nous sommes entré afin de justifier notre préférence pour l'éponge dans des cas déterminés, appliquée comme il a été dit.

Cette substance a probablement été employée de tout temps comme hémostatique et nous voulons bien ne pas paraître la réinventer.

## CHAPITRE III.

### REMARQUES SUR LES POLYPES LARVÉS ET A APPARITION INTERMITTENTE, AINSI QUE SUR LA COEXISTENCE DE CES TUMEURS AVEC LA DÉGÉNÉRESCENCE DE L'ORGANE.

#### OBSERVATION I.

*Polype à apparition intermittente; fibrome.*

Augustine X..., âgée de 39 ans, couturière, entre le 16 janvier 1883 dans la salle Sainte-Thérèse, n° 2.

Rien dans les antécédents héréditaires, très bonne santé habituelle.

Réglée à treize ans, la menstruation a toujours été régulière et assez abondante. Ni couche, ni fausse couche.

Depuis cinq ans, douleurs lombaires très intenses s'irradiant dans la fosse iliaque gauche; faiblesse et œdème des membres inférieurs. Vomissements glaireux.

Leucorrhée depuis dix ans, plus abondante depuis cinq ans. Incontinence d'urine depuis environ quatre ans, très appréciable surtout depuis un an.

Le ventre a augmenté de volume depuis trois ans; depuis lors, ménorrhagies très abondantes qui, depuis une année, se sont changées en métrorrhagies persistantes.

Le ventre est déjeté à droite; l'utérus volumineux mesure 15 centimètres et demi à l'hystéromètre. Au toucher, on perçoit un col œdémateux et largement entr'ouvert.

La malade étant restée en expectative pendant quelques jours, on s'aperçoit que, outre son fibrome, de temps à autre un polype faisait saillie à l'extérieur pour disparaître ensuite complètement.

Le 26 janvier on fit l'ablation du polype, qui était même vermiculaire, et dont la structure histologique était du fibro-myôme. Il était long de 10 centimètres.

Le polype enlevé, la métrorrhagie cessa et la malade, restée dans le service, eut deux fois ses règles peu abondantes.

Elle est partie le 28 mars très améliorée.

OBSERVATION II.

*Polype à disparition incomplète, intermittente; opération glandulaire; guérison.*

B... (Eugénie), 44 ans, entre le 9 avril 1883, salle Sainte-Thérèse, nº 9, envoyée par le Dr La Saigne. Rien dans les antecédents héréditaires. Santé excellente. Réglée à 14 ans, la menstruation a toujours été régulière et très abondante. A eu quatre couches excellentes dans l'espace de dix ans.

La malade a eu en outre deux accouchements au septième mois.

Il y a deux ans, ménorrhagie très abondante ayant duré quinze jours. Depuis lors, leucorrhée persistante et variabilité du flux menstruel.

Depuis douze jours, métrorrhagie très abondante, étant survenue au moment de la menstruation.

L'état général est resté assez bon, bien que la malade se dise très affaiblie.

Par le toucher vaginal, on perçoit un utérus dur, volumineux, le col entr'ouvert permet de constater l'existence d'un polype qui apparaît par intervalles et rentre souvent complètement dans la cavité cervicale allongée et renflée vers son milieu.

Le cathétérisme utérin donne 5 cent. 1/2.

Le 11 avril. Ablation du polype, dont il faut aller chercher l'insertion jusqu'à l'intérieur de la cavité utérine. C'est un polype allongé, mesurant à peu près 9 à 10 centimètres, divisé en deux parties distinctes et semblant de différente nature, l'une supérieure ou d'insertion très mince paraissant fibreuse, l'autre, inférieure, plus étalée, de coloration brune et de consistance friable,rappelant plus ou moins le polype glandulaire.

L'examen histologique, fait par mon collègue Lemoine, a démontré que le pédicule du polype avait les caractères de la muqueuse utérine, et que le corps n'était que du tissu glanduleux.

Le 12. Les pertes ont cessé.

Le 25. Le col est complètement refermé, et la malade quitte le service en bon état.

Déjà M. Larcher, en 1867, dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*, s'est occupé de cette question des polypes à apparition intermittente.

Du travail de M. Larcher, il ressort exclusivement deux faits : 1° l'existence de cette variété de polypes ; 2° leur apparition ayant lieu de préférence aux époques cataméniales ou pendant les métrorrhagies accidentelles. M. Larcher, à notre sens, a attaché trop d'importance au moment de l'apparition du polype.

Nous acceptons parfaitement que la menstruation et la mé[illegible] peuvent faciliter cette apparition, mais nous avons [illegible] les polypes rester emprisonnés dans l'utérus pendant [illegible] apparaître après, souvent sans qu'il soit possible [illegible] cause à leur issue. Il va de soi cependant [illegible] de toucher une femme ayant ses [illegible] et chez laquelle on soupçonne [illegible] de ceux qui nous occupent. [illegible] souvent apparaître un polype [illegible] col. Il peut ou ne plus jamais [illegible] cavité utérine, ou bien disparaître [illegible] réapparaître de nouveau après [illegible] cavité.

[illegible] polypes à apparition intermittente [illegible] ou bien ce sont [illegible] par Cornil et Ranvier sous le [illegible] forme sur laquelle [illegible] elle est *particulière* ; [illegible] qu'une fois hors [illegible] s'y réengager et de [illegible]

[illegible] rubanés, ver[illegible] et plus faciles à [illegible] dent avec les [illegible] du corps de [illegible] sans apparaître, [illegible] variées. Quel[illegible] utérine, c'est [illegible] eux-mêmes pour [illegible] cavité. Cette lon-

gueur et cet enroulement du polype nous expliquent l'augmentation du volume de l'utérus; augmentation souvent considérable, relativement à la petitesse de la portion du polype qui fait saillie au dehors.

M. Laroyenne a aussi souvent rencontré des cas semblables à celui de notre observation n° 2 où des polypes, insérés dans le corps de l'utérus et ayant plus ou moins la forme de ceux que nous venons de décrire, ne rentraient pas dans la cavité utérine après en être sortis, mais remontaient seulement dans la cavité du col où ils se dérobaient imparfaitement à l'exploration. Ce fait peut se produire toutes les fois que, les orifices interne et externe du col relativement resserrés, la cavité intra-cervicale s'est progressivement laissé distendre dans sa partie moyenne. (*A suivre*).

---

# DE LA CONCEPTION AU COURS DE L'AMENORRHEE.

**Par le Dr André Petit,**
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(SUITE ET FIN) (1).

OBSERVATION XX (personnelle; inédite).

La nommée O. Béd..., âgée de 22 ans, cuisinière, entre le 22 mars 1882, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, lit n° 40.

Son père et sa mère sont vivants et bien portants, ainsi que plusieurs frères et sœurs.

Cette jeune femme est née à Glos (Orne); elle y a été réglée à l'âge de 19 ans. L'instauration cataméniale fut facile, peu douloureuse. Dès le début, la menstruation se fit régulièrement chaque mois; l'écoulement sanguin, normal comme aspect et comme abondance, durait à chaque époque environ cinq à six jours, après avoir été précédé, pendant deux à trois jours, de quelques douleurs peu intenses dans le bas-ventre, principalement du côté gauche, avec irradiations dans

(1) Voir les numéros de mars, avril et juin 1883.

les cuisses. B... avait à cette époque un peu de leucorrhée ayant débuté avant l'apparition des premières règles ; elle jouissait d'ailleurs d'une bonne santé, et nous affirme n'avoir jamais fait aucune maladie sérieuse.

Elle vint à Paris, il y a deux ans, en 1880, et se livra bientôt aux premiers rapports sexuels qui, depuis lors, furent régulièrement répétés chaque semaine. Elle n'éprouva, tout d'abord, aucune modification appréciable dans sa santé générale ou dans le fonctionnement physiologique de son système génital ; peut-être la leucorrhée devint-elle un peu plus abondante et prit-elle une coloration jaune plus foncée ; B... ne ressentit, du reste, aucune douleur hypogastrique et la menstruation continua sans aucun trouble.

Il y a onze mois (en avril 1881), les règles n'apparurent pas, sans qu'on puisse trouver aucune cause appréciable de cette suspension. Les époques suivantes firent également défaut et ne se sont pas rétablies depuis lors. *Chaque mois*, au moment où les règles auraient dû se produire, B... éprouvait des douleurs assez vives dans le bas-ventre, offrant, à l'intensité près, *les mêmes caractères que celles qui avaient accompagné jusque-là la menstruation*. La leucorrhée redoubla d'intensité, mais la malade ne peut dire si elle a présenté des paroxysmes mensuels réguliers coïncidant avec les crises douloureuses. Les rapports sexuels furent continués.

Depuis cinq à six mois environ (octobre 1881), B... a remarqué que son ventre augmentait progressivement de volume, sans qu'elle éprouvât de douleurs nouvelles. Elle avait, à cette époque, quelques vomissements, un peu d'anorexie ; mais elle ne ressentit, dit-elle, du côté des seins aucune tension, aucun picotement. Les flueurs blanches ont persisté et sont toujours abondantes.

Actuellement (24 mars 1882), on constate, en examinant B..., qu'elle présente sur la face la coloration pigmentaire connue sous le nom de *masque*, ainsi qu'une pigmentation légère de la ligne blanche. Le ventre est volumineux, saillant, globuleux. A la palpation, on délimite une tumeur ovoïde, rénitente, à convexité supérieure remontant à deux travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic ; on sent à son niveau des parties de consistance variable ; elle est mate dans toute son étendue. Au toucher vaginal, on constate que le col de l'utérus, élevé et dirigé en arrière, est court, ramolli, légèrement entr'ouvert, et admet à peu près l'extrémité de la pulpe de l'index. Au pourtour, on sent l'utérus remplissant l'excavation pelvienne, et l'on

obtient assez nettement la sensation de ballottement d'un fœtus se présentant par le sommet. A l'auscultation de l'abdomen, on perçoit des mouvements fœtaux et des battements cardiaques non douteux. En un mot, on relève tous les signes d'une grossesse de six mois et demi à sept mois. (L'aménorrhée date de onze mois.)

Les seins, peu volumineux, fermes, ont une aréole assez foncée sur laquelle on constate des tubercules de Montgomery.

La santé générale est bonne : pas de toux ni d'expectoration ; pas de troubles gastro-intestinaux. L'examen attentif des organes ne révèle aucun phénomène pathologique : les poumons sont sains, les bruits du cœur normaux. Pas de syphilis. Pas de symptômes d'hystérie.

B... prétend n'être pas enceinte et quitte l'hôpital le lendemain.

### Observation XXI (personnelle ; inédite).

La nommée Le B..., âgée de 21 ans, blanchisseuse, entre à l'Hôtel-Dieu, le 1er septembre 1882, salle Sainte-Marie, lit n° 20.

Sa mère, actuellement vivante, a toujours été bien réglée ; sa sœur, âgée de 13 ans, l'est depuis deux mois.

Elle-même fut réglée, à Paris, à l'âge de 13 ans. Ces premières règles furent suivies d'une période de deux mois pendant laquelle elles ne reparurent pas ; elles se montrèrent ensuite régulièrement chaque mois, mais en petite quantité et ne durant qu'un à deux jours.

Le B... se maria à l'âge de 19 ans (15 novembre 1879); ses règles parurent pendant les deux premiers mois de son mariage, mais se supprimèrent en janvier 1880. Tous les signes d'une grossesse normale se montrèrent d'ailleurs successivement, et, le 23 novembre 1880, elle accouchait d'un enfant à terme bien constitué, actuellement vivant, qu'elle envoya en nourrice. La suppression des règles ayant duré onze mois, avant l'accouchement, il paraît probable que la conception a été précédée de deux mois d'aménorrhée.

Huit jours après ses couches, Le B... se leva et reprit ses occupations habituelles, mais au bout de trois semaines apparut un écoulement sanguin peu abondant, continu, qui dura six semaines, sans que la malade éprouvât d'ailleurs aucune douleur vive, aucun malaise général l'obligeant à interrompre son travail.

Cette métrorrhagie s'arrêta d'elle-même, sans aucun traitement. Un mois se passa sans qu'il se produisît aucun écoulement sanguin, et en *mars* 1881, un peu de sang se montra de nouveau à la vulve, pendant deux ou trois jours.

Depuis cette époque, les règles n'ont jamais reparu. Le B... affirme que *chaque mois* elle éprouvait, comme au temps où elle avait ses règles, pendant quelques jours, *des douleurs dans les reins,* accompagnées d'un état nerveux assez marqué : elle n'avait pas d'ailleurs, à ce moment, de leucorrhée.

La santé a toujours été excellente, même pendant les périodes d'aménorrhée; elle n'a jamais fait aucune maladie. L'auscultation des poumons et du cœur ne révèle rien de particulier ; l'examen des organes digestifs et urinaires démontre leur intégrité parfaite.

Son ventre présente un développement très manifeste pouvant faire songer à une grossesse d'environ sept mois. L'interrogatoire de la malade vient confirmer cette hypothèse, en apprenant que depuis le mois de mars 1882 (l'aménorrhée datant d'un an), elle a vu son ventre augmenter progressivement de volume ; à cette époque, du reste, elle a éprouvé un peu de malaise et quelques rares vomissements ; depuis la fin du mois de juin elle a *senti remuer* d'une façon très nette ; ses seins ont augmenté de volume.

On constate d'ailleurs tous les signes d'une grossesse parvenue à la fin du septième mois : utérus remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, col effacé, mou, entr'ouvert, mouvements actifs du fœtus, battements cardiaques très nets.

Le B... accoucha, le 6 novembre 1882, d'un enfant vivant, bien constitué, du sexe féminin. Elle perdit très peu de sang après la délivrance, et quand nous la voyons le lendemain matin, c'est à peine si un minime suintement roussâtre humecte les parties génitales. Tout écoulement se supprima trois jours plus tard, la malade ayant un léger mouvement fébrile ; la température étant revenue à la normale en quarante-huit heures, les lochies ne reparurent pas, du moins en quantité appréciable.

Le B... quitte l'hôpital, malgré nos conseils, le 16 novembre.

Chez ces deux femmes, la pathogénie de l'aménorrhée, au cours de laquelle la fécondation s'est produite, a échappé à notre enquête; on comprend d'ailleurs combien ce genre de recherches est ardu et délicat, les conditions les plus diverses

et parfois les plus difficiles à constater pouvant être, dans un cas déterminé, la cause efficiente du manque d'activité de l'utérus : nous avons indiqué déjà les principales ; il faut y joindre cependant la syphilis, affection débilitante par excellence, le mal de Bright, le diabète, et aussi les perturbations du système nerveux, soit accidentelles (émotions vives, etc.), soit constitutionnelles (hystérie). L'influence des troubles nerveux se manifeste sans doute par l'intermédiaire de phénomènes vaso-constricteurs, amenant l'ischémie, et peut-être l'anesthésie, de la muqueuse utérine, et s'opposant par là même à toute hémorrhagie à son niveau, comme cela s'observe fréquemment en divers points des téguments chez les hystériques.

Nous n'avons pu, jusqu'ici, recueillir d'observations dans lesquelles ces causes d'aménorrhée, avec conception intercurrente, se soient révélées à notre investigation.

### Observation XXII (de Godefroy, de Rennes) (1).

La fille F..., domestique à la campagne, âgée de 20 ans, est accouchée à la clinique, le 20 janvier 1846.

Cette fille n'a *jamais* été réglée. Cependant, dès l'âge de dix ans, elle avait des poils au pubis et aux aisselles, et les seins étaient presque aussi développés qu'ils le sont aujourd'hui, du moins d'après son dire.

L'on enseigne, et je le crois, que l'excitation des organes génitaux favorise et accélère l'écoulement menstruel ; il n'en fut pas ainsi pour cette fille qui, depuis l'âge de 15 ans, se livrait à la masturbation et avait eu des rapports sexuels journaliers trois mois avant de concevoir.

J'ai revu cette fille à la fin de 1847, et elle n'avait pas encore été réglée, près de deux ans après son accouchement. Depuis lors, je l'ai perdue de vue et je ne sais si les règles ont paru.

(1) *Loc. cit.*

OBSERVATION XXIII (de W. Taylor) (1).

Pendant le mois de juin 1881, je fus appelé auprès de Hannah B..., mulâtresse, enceinte depuis huit mois d'un enfant illégitime. Je fus bien surpris de trouver que ma malade n'était guère qu'une enfant elle-même, d'apparence et de manières. Elle avait 13 ans et quatre mois, et quoiqu'elle n'eût *jamais* été réglée, elle était enceinte de huit mois. Elle était de tempérament pléthorique; ses seins étaient bien développés, avec une aréole brune.

Le 13 août, elle fut prise de douleurs, mais, par suite d'une procidence du cordon qu'il fut impossible de réduire, elle accoucha d'un enfant mort, de taille ordinaire, parfaitement constitué. Les lochies coulèrent quelques jours, puis la convalescence se fit très rapidement.

Il y a un an que cet événement a eu lieu, et la menstruation ne s'est pas encore établie; elle n'a pas eu non plus d'hémorrhagies supplémentaires et sa santé est excellente.

Tels sont les faits que nous avons pu recueillir, et la façon dont nous pensons qu'ils doivent être interprétés. Peut-être de nouvelles recherches viendront-elles confirmer notre manière de voir, ou, au contraire, nous donner un démenti; quel que soit le sort réservé à notre travail, nous serons heureux d'être édifiés plus complètement sur le sujet et nous n'avons qu'un désir, connaître la vérité.

## CHAPITRE III.

Il nous reste encore à traiter une question qui nous paraît digne de tout l'intérêt du médecin, auquel incombe le devoir de guider ceux dont il possède la confiance et de veiller sur leur vie et leur santé.

Quelle conduite doit-il tenir lorsqu'il est consulté au sujet de l'aptitude au mariage d'une jeune fille non menstruée? Pourra-t-elle ou non devenir mère? — Deux cas peuvent se présenter :

(1) *Med. Times and Gaz.* London, 1853.

1° *La jeune fille n'a jamais eu de règles.* Dans ce premier cas, tout dépend de l'âge de la jeune fille; on sait en effet que l'époque de l'instauration cataméniale est assez variable suivant les climats, les conditions sociales, le genre de vie, le tempérament, et, peut-être, en temporisant plus ou moins longtemps, verra-t-on la menstruation apparaître. Il faudra, d'ailleurs, examiner la jeune malade avec le soin le plus minutieux, de manière à être édifié, autant que possible, sur la conformation normale de ses organes génitaux externes et internes, sur l'absence de toute lésion acquise pouvant en rendre le fonctionnement à tout jamais impossible; c'est ainsi qu'il faudra rechercher la présence des ovaires et de l'utérus, s'assurer qu'il n'existe pas d'atrésie du col utérin, de cloisonnement du vagin, d'imperforation de l'hymen, enfin s'assurer qu'à aucune époque, il ne s'est produit d'inflammation aiguë des ovaires ayant pu détruire plus ou moins complètement leur tissu et supprimer tout phénomène d'ovulation.

Si l'on arrive à réunir un nombre suffisant de renseignements démontrant l'intégrité des organes génitaux, on pourra se trouver en présence d'un cas d'instauration cataméniale tardive, par retard de la première ponte ovulaire, ou bien il s'agira d'une aménorrhée symptomatique de la chlorose, de l'anémie, de quelque diathèse, d'un état général en un mot, mais avec ovulation normale. Le plus souvent alors, on apprendra que la jeune fille éprouve plus ou moins régulièrement un *molimen*, non suivi d'hémorrhagie utérine, mais parfois accompagné de leucorrhée, de véritables *règles blanches*.

Si l'on croit que l'ovulation ne s'est pas encore produite, on devra dissuader du mariage et émettre des doutes sur la possibilité d'une conception ultérieure, ou, tout au moins, temporiser en instituant un traitement rationnel et en épiant les premiers symptômes de l'éveil des fonctions de génération.

Si, dans la seconde hypothèse, on est assuré que les ovaires renferment des follicules de de Graaf arrivant à maturité, et que la ponte ovulaire a lieu, on peut conseiller le mariage, la

grossesse étant, sinon certaine, du moins probable et possible, aussi bien que chez la femme qui possède un flux menstruel régulier. Les exemples que nous avons cités ne laissent, nous l'espérons, aucun doute à cet égard.

Sans vouloir considérer l'acte du mariage, ainsi que le font certains médecins, comme une panacée pour tous les troubles fonctionnels des organes génitaux chez les jeunes filles, on peut cependant espérer à bon droit que les modifications importantes produites par les rapports conjugaux au niveau des organes sexuels de la femme, que l'excitation vénérienne et la congestion pelvienne active qui en est la conséquence, pourront prédisposer la muqueuse utérine aux hémorrhagies, et lui permettre de répondre par un écoulement sanguin périodique à l'incitation partie de l'ovaire au moment de la maturité et de la déhiscence de chaque vésicule. On trouvera, d'ailleurs, la même idée exprimée par *Hippocrate*, *Platon* (1), *Hoffmann* (2), *Cullen* (3), qui conseillent le coït comme un des meilleurs traitements de l'aménorrhée sans lésions de l'utérus ou des voies génitales. Nous nous appuyerons aussi sur les enseignements de plusieurs de nos maîtres, et en particulier de M. le Dr Dechambre (communication orale) qui a plusieurs fois observé l'influence heureuse des rapports conjugaux sur l'apparition des menstrues régulières. Le traitement médical devra, dans tous les cas, être activement dirigé contre la cause générale (chlorose, anémie, syphilis, etc...) dont dépend l'aménorrhée chez chaque malade en particulier.

On voit, du reste, d'après ce que nous venons de dire, avec quel soin le médecin devra procéder à un examen minutieux de tous les organes et de toutes les fonctions, sous peine de commettre quelque erreur fatale à la fois à sa réputation et aux intérêts qui lui ont été confiés. Nous en trouvons un exemple rapporté par *Courty* (4) au sujet de l'aménorrhée

---

(1) Platon. *In prax*, cap. XIV.

(2) Hoffmann. *Med. rat. syst.*, t. IV.

(3) Cullen. *Elém. de méd*. Trad. par Bosquillon, t. II.

(4) Courty. *Loc. cit.*, p. 379.

dans ses rapports avec la stérilité. « On ne saurait trop recommander aux médecins, dit Courty, de s'assurer de la bonne conformation des organes, dans les circonstances décisives où peut être placée une jeune fille qui n'a jamais eu ses mois, par exemple à la veille d'un mariage. J'ai connu une jeune femme dans ce cas : le médecin ordinaire consulté avait eu l'imprudence de conseiller le mariage au lieu d'en détourner les parents, sous le fallacieux prétexte que les excitations conjugales ne manqueraient pas de provoquer l'apparition du flux menstruel. Malheureusement, je constatai quelques années après, l'absence complète du corps de l'utérus, et je ne pus laisser aucun espoir de fécondité aux malheureux époux qui me consultaient. Cette jeune femme ne manquait, d'ailleurs, ni d'ovaires (je le constatai par le toucher), ni de molimen menstruel, ni de désirs érotiques, ni de perception du sentiment voluptueux. J'ai eu, ajoute-t-il, l'occasion de faire d'autres observations analogues. » Ces cas ne sont pas, en effet, absolument rares, un certain nombre ont été publiés par divers auteurs, et l'on peut comprendre, en lisant la relation de ces faits, à quelle difficulté de diagnostic ils pourraient donner lieu relativement à la question qui nous occupe. L'exemple suivant que nous empruntons au Dr *Chew* est, croyons-nous, intéressant à divers points de vue.

### Observation XXIV (du Dr Chew) (1).

Une femme célibataire, de 22 ans, vint me consulter pour de vives souffrances dues à de l'aménorrhée. Elle déclara n'avoir jamais été réglée, mais que, depuis plusieurs années, elle souffrait de nausées, céphalalgie, tension pénible dans la poitrine, douleurs dans les lombes, et d'une sensation de lourdeur dans la partie inférieure de l'abdomen. Ces divers phénomènes duraient environ trois ou quatre jours et se terminaient, sans excrétion d'aucune sorte du côté du vagin, ni sans aucune hémorrhagie supplémentaire. Elle n'avait jamais eu d'inflammation, ni de maladie du côté des organes génitaux,

(1) *Edinburgh med. and Surg. Review*, 1840.

et sa santé était excellente. Elle avait toutes les apparences d'une femme bien constituée; les seins bien développés, les hanches larges; à l'examen, les organes sexuels externes étaient normaux. Le vagin de dimension normale se terminait brusquement à environ 4 centimètres et demi au-dessus de l'orifice externe. La substance qui le terminait semblait, au toucher et au spéculum, faire suite aux parois du vagin, et avoir la même consistance.

En pratiquant le toucher rectal et en introduisant un cathéter dans la vessie, on sentait en appuyant le doigt rectal sur le bec du cachéter, que, dans l'espace situé entre eux, il n'existait pas d'utérus; on ne pouvait percevoir que le cul-de-sac du vagin. Beaucoup de médecins l'examinèrent et tous furent d'avis qu'elle n'avait pas d'utérus. Mais, de ce qu'elle avait des symptômes d'excitation périodique, l'aspect d'une femme bien constituée, et aussi les besoins sexuels, on ne douta pas qu'elle ne fût pourvue d'ovaires, organes d'où dépendent toutes les particularités sexuelles de la femme.

Mais s'il est indispensable de constater la présence de l'utérus, et même d'un utérus suffisamment développé et normalement conformé, il ne l'est pas moins, on le comprendra sans peine, de s'assurer de l'existence des ovaires. Il existe en effet, avons-nous dit, des cas d'absence congénitale de ces organes, et, si le plus souvent, cette anomalie se complique d'autres malformations de l'appareil génital, dans quelques cas cependant, le vagin, l'utérus et les trompes ont été, à l'autopsie, trouvés normaux. *Puech* (1), qui relate un certain nombre d'observations de ce genre, a insisté sur l'aménorrhée totale et constante, qui accompagne l'absence congénitale des deux ovaires. Il va sans dire que, dans des cas semblables, la stérilité est fatale.

Il faudra donc être absolument assuré de la conformation normale, de l'intégrité parfaite des organes génitaux externes et internes, et avoir réuni un grand nombre de probabilités, équivalant à une presque certitude, relativement au fonctionnement régulier des ovaires, pour donner un avis favorable

(1) Puech. *Loc. cit.*

au sujet du mariage d'une jeune fille aménorrhéique et qui a dépassé l'âge auquel l'instauration cataméniale devrait s'être produite.

2° *L'aménorrhée s'est montrée après un certain nombre d'époques menstruelles.* — Dans un cas semblable, la tâche du médecin se trouve de beaucoup simplifiée et son rôle devient plus facile et moins délicat.

Puisque l'instauration cataméniale s'est produite, puisque la jeune fille a présenté un certain nombre d'hémorrhagies menstruelles, elle est, à coup sûr, normalement conformée; la perméabilité des voies génitales n'est plus discutable; le fonctionnement régulier de l'ovaire, la ponte ovulaire ne peuvent plus être mis en doute. Ce premier point acquis, il reste cependant à déterminer pourquoi les règles qui avaient apparu, ont cessé; pourquoi la muqueuse utérine ne fournit plus de sang après avoir été le siège de phénomènes normaux de congestion et d'hémorrhagie périodiques : l'ovaire a-t-il cessé de fonctionner, ou l'utérus est-il seulement dans l'impossibilité de suivre l'impulsion donnée par l'ovaire? N'y a-t-il plus de ponte ovulaire; n'y a-t-il qu'une suppression des règles?

La solution du problème qui se pose ainsi au praticien est d'une grande importance, car elle condamne, suivant le cas, la jeune fille à la stérilité et au célibat, ou bien lui laisse tout l'espoir des joies du mariage et de la maternité; il faudra donc que le médecin emploie tout son tact, toute la perspicacité de diagnostic dont il est doué, pour arriver à formuler une réponse basée sur des données exactes et scientifiques.

Il devra tout d'abord s'enquérir des circonstances qui ont précédé ou accompagné la disparition des époques menstruelles, et rechercher si l'on ne peut expliquer cette aménorrhée par une affection ovarique aiguë ou chronique ayant amené la destruction du parenchyme de l'organe; les anamnestiques, l'examen minutieux de l'état actuel des organes de la reproduction, permettront le plus souvent d'être édifié à ce sujet.

S'il n'existe aucune raison de croire à une lésion grave des ovaires, et par suite à une cessation de la ponte ovulaire, il faudra rechercher, soit dans l'utérus, soit surtout dans l'état général, la cause du trouble, sans doute momentané, de la menstruation.

La première pensée qui doit venir à l'esprit de tout médecin en semblable circonstance, quelle que soit la position sociale, l'éducation, la manière de vivre de la jeune fille pour laquelle il est consulté, c'est la possibilité d'une grossesse. Combien de fois avons-nous entendu nos maîtres nous mettre en garde contre les erreurs que nous commettrions un jour fatalement si nous ne songions pas toujours et tout d'abord à cette cause physiologique de l'aménorrhée. Dans le cas qui nous occupe, une semblable erreur n'aurait d'autre inconvénient que de nuire, peut-être, à la confiance accordée jusque-là au médecin; mais combien les conséquences en seraient plus graves, si l'homme de l'art, consulté au sujet de troubles utérins avec aménorrhée, par une femme ayant eu antérieurement des rapports sexuels, pratiquait, sans penser à la grossesse, le cathéterisme de la cavité utérine.

Chez la jeune fille aménorrhéique l'examen des organes génitaux, nécessaire, d'ailleurs, dans tous les cas, permettra le plus souvent d'éliminer l'hypothèse d'une conception; la présence de l'hymen, quoique n'étant pas une preuve absolue de virginité, autorisera presque toujours cependant, à écarter tout soupçon. Si l'on constatait au contraire des signes de probabilité en faveur d'une grossesse cachée, on devrait agir avec tout le tact et la prudence que commandent, en pareil cas, l'honneur d'une famille et la dignité professionnelle.

Certaines lésions de l'utérus ou de ses annexes, la métrite parenchymateuse, la phlegmasie périutérine, pourraient encore être causes de l'aménorrhée et, peut-être aussi, entraîner la stérilité par suite des adhérences vicieuses du pavillon des trompes aux parois pelviennes; c'est encore au moyen d'un interrogatoire méthodique et d'un examen attentif de

l'état local que l'on pourra constater l'existence de ces affections, ou au contraire éliminer une semblable hypothèse.

Reste donc l'état général sur lequel nous avons suffisamment insisté dans le cours de notre travail ; la chlorose, l'anémie simple ou symptomatique de tuberculose, l'anémie de la convalescence, la syphilis, le mal de Bright, etc..., pourront être considérés, en l'absence de toute lésion du système génital, comme la cause efficiente de la suppression de l'hémorrhagie menstruelle. Nous avons démontré d'ailleurs, ou du moins nous espérons y être parvenu, que cette aménorrhée n'implique en rien la cessation du fonctionnement normal et périodique de l'ovaire et, par conséquent, n'est nullement un indice de stérilité. Nous avons également signalé ce qu'il faut penser de l'influence des rapports conjugaux sur la marche et la durée de cette atonie, de ce silence de l'utérus.

Dans les cas de ce genre, surtout si la jeune malade éprouve un molimen mensuel et fournit l'écoulement leucorrhéique périodique que nous avons étudié sous le nom de *règles blanches*, le médecin devra se prononcer en faveur de l'aptitude à la fécondation et ne s'opposer au mariage que si l'état général ou la diathèse dont il aura constaté l'existence constituent, par eux-mêmes, un obstacle grave et un péril menaçant.

C'est ainsi que *M. Gallard* (1) a résumé cette importante et délicate question, dans une clinique déjà citée, au sujet d'une jeune fille *bien portante, normalement constituée*, et atteinte d'aménorrhée de cause inconnue après une menstruation régulière ayant duré plusieurs mois. Consulté par la famille pour savoir si, mariée, cette jeune fille pourrait avoir des enfants, ou si, du moins elle avait autant de chances qu'une autre de devenir enceinte, il formula son avis en ces termes : « Elle présente certainement moins de chances d'être mère qu'une femme dont les règles sont régulières et normales, mais elle en offre plus cependant que bien des femmes qui, parfaitement réglées en apparence, sont atteintes d'affections

(1) Gallard. *Loc. cit.*

ovariques ou utérines, et ses chances de grossesse doivent d'autant plus être physiologiquement admises, qu'elle a été régulièrement menstruée pendant plusieurs mois. »

Il est évidemment impossible de pouvoir affirmer à coup sûr, qu'une femme, même normalement constituée, soit capable de devenir enceinte et de mener à bien une grossesse; mais les nombreux faits que nous avons rapportés prouvent bien, d'autre part, qu'une femme, dont les règles sont supprimées ou même n'ont jamais paru, peut être fécondée et mettre au monde un grand nombre d'enfants vivants et bien portants.

Les conditions du problème sont, on le voit, multiples et complexes : ce sera pour le praticien affaire de tact et d'expérience, mais il serait regrettable que, par suite d'un préjugé ou d'une interprétation défectueuse des faits, une jeune fille, apte à devenir une épouse charmante, et, selon toute probabilité, une bonne mère de famille, fût injustement condamnée, de par son aménorrhée, à vivre dans le célibat (1).

## RÉSUMÉ. — CONCLUSIONS.

Il nous semble qu'il est possible de résumer ainsi cette étude : On voit des faits dans lesquels l'écoulement sanguin par les voies génitales, qui est le signe caractéristique de la menstruation, ne s'opère pas, quoiqu'il soit sollicité par le travail de l'ovulation qui s'accomplit dans l'ovaire. Ces faits ne prouvent pas, comme on l'a prétendu, l'indépendance des deux phénomènes ovulation et flux menstruel, dont la corrélation semble établie sur des données physiologiques certaines et bien démontrées; il prouvent seulement que, *dans certaines circonstances pathologiques plus ou moins faciles à déterminer dans la pratique*, l'ovulation peut se faire sans que l'excitation qu'elle provoque dans le reste du système génital soit assez forte pour produire l'hémorrhagie habituelle.

---

(1) Gallard. *Loc. cit.*

On retrouve presque toujours l'une ou l'autre de ces conditions pathologiques (*locales* ou *générales*) chez les femmes qui conçoivent pendant une période d'aménorrhée.

Nous formulerons donc, sous les réserves énoncées au cours de la discussion, les conclusions suivantes :

1° Si, chez la femme adulte et normalement constituée, il ne se produit pas de flux menstruel en l'absence de l'ovaire ou du fonctionnement physiologique de cet organe, la ponte ovulaire peut au contraire avoir lieu, dans quelques cas, sans que se produise l'écoulement sanguin qui est le phénomène extérieur de la menstruation.

2° Il ne faut pas voir, dans les faits cités à l'appui, un argument en faveur de la théorie de *la disjonction* entre l'ovulation et la menstruation. Celle-ci, normalement dépendante de la ponte ovulaire, peut parfois faire défaut, lorsqu'il existe chez la femme une cause locale ou générale, plaçant l'utérus dans l'impossibilité de fournir les éléments d'une hémorrhagie sous l'influence de l'excitation partie de l'ovaire.

3° L'aménorrhée, dans ces circonstances, n'est pas un indice de stérilité. Il existe un assez grand nombre d'exemples de grossesses survenues au cours de l'aménorrhée.

4° Le médecin devra rechercher, avec le plus grand soin, la cause de l'aménorrhée, pour se prononcer sur l'aptitude au mariage et à la fécondation des jeunes filles aménorrhéiques.

---

## KYSTE DE L'OVAIRE DROIT; OVARIOTOMIE; GUÉRISON

**Par le Dr Mascarel.**

Mme Guérin, demeurant à Saint-Ouen en-Champagne (Sarthe), âgée de 37 ans, grande, brune châtain, d'une bonne constitution, réglée depuis l'âge de 15 ans, mariée à 30 ans, a eu une première grossesse en juillet 1878 suivie d'un accouchement facile. Vers la fin de l'année 1879, elle s'est aperçue que son ventre commençait à grossir, mais sa santé continuant à être bonne, elle se crut de nouveau enceinte,

bien que la menstruation ait continué. Toutefois, cet état se prolongeant, elle alla consulter un médecin qui constata de la fluctuation et fit une ponction qui donna issue, au dire de la malade, à une assez grande quantité de liquide clair. Le liquide revint assez rapidement et de nouvelles ponctions durent être pratiquées à environ deux mois d'intervalle. En juillet 1880 survint une seconde grossesse qui se termina avant terme par la naissance d'un enfant qui ne vécut que quelques jours. A partir de ce moment, les règles furent supprimées pendant un an, pour reparaître ensuite, mais d'une façon irrégulière, revenant tantôt tous les quinze jours, quelquefois tous les mois. La malade avait déjà subi treize ponctions, lorsque je la vis pour la première fois au mois de mai 1882.

L'état général était encore bon; peu d'émaciation; le ventre énorme, saillant, uniformément distendu, comme dans l'hydropisie ascite, présentait une fluctuation facile à percevoir. La matité était généralisée et se constatait partout, sauf à la région épigastrique, où l'on trouvait de la sonorité. Au toucher, l'utérus paraissait encore assez mobile, légèrement abaissé, le col un peu dévié à droite. Du reste, pas d'autre douleur, qu'une gêne très grande apportée dans le jeu des organes intra-thoraciques par la distension de l'abdomen. Le diagnostic de kyste ovarique fut posé.

Cinq nouvelles ponctions furent pratiquées à environ deux mois d'intervalle, donnant à chaque fois de 15 à 18 litres d'un liquide clair, séreux, sauf à la dernière ponction, où le liquide commence à devenir légèrement visqueux. La malade supportait bien ces opérations répétées et pouvait, entre chacune d'elles, reprendre ses occupations ordinaires.

Sollicitée, la malade consentit, le 23 janvier 1883, à entrer à l'hôpital d'Angers, où elle fut soumise à l'examen des docteurs Dezaneaux et A. Guichard. Une dix-neuvième ponction fut pratiquée par leurs soins, le 27 janvier, et donna issue à 17 litres d'un liquide clair, visqueux, ne donnant aucun précipité par la chaleur ou l'acide nitrique.

L'analyse de ce liquide, faite par M. le Dr Hébert, chef des travaux anatomiques, donna le résultat suivant :

Liquide légèrement trouble, moins lourd que l'eau. D = 98.
Réaction neutre.

| | | |
|---|---|---|
| Albumine.......................... | 0.55 | pour 100 parties. |
| Paralbumine précipitée par le sulfate de magnésie...................... | 0.41 | — |
| Matière grasse soluble dans l'éther.... | 21.33 | — |
| — — — dans l'alcool... | 15.60 | — |

Présence d'un peu de glycérine provenant probablement d'un commencement de saponification de ces corps gras.

| | |
|---|---|
| Dosage de la glycérine....... | impossible. |
| Sels organiques............. | insignifiants. |
| Bases....................... | difficiles à trouver. |

L'examen du ventre après la ponction permit de constater la présence d'un kyste, à parois probablement peu épaisses, avec présomption d'adhérences, eu égard surtout au grand nombre de ponctions pratiquées. Aussi le diagnostic de kyste ovarique uniloculaire à parois minces fut-il confirmé.

Dans ces conditions, l'ovariotomie fut proposée et acceptée, et l'opération pratiquée, le 13 février, par M. le professeur Dezaneaux, assisté de MM. les docteurs Guichard, Lucas, Tesson, Gripat, Mullois et Mascarel.

La veille, le gros intestin avait été vidé par l'administration de 30 grammes d'huile de ricin, et un bain antiseptique de Pennès avait été pris.

La malade ayant été soumise aux inhalations du chloroforme, une incision de 6 centimètres environ, partant au-dessous de l'ombilic pour s'arrêter à trois travers de doigt au-dessus du pubis, fut pratiquée sur la ligne médiane. La division successive des couches de la paroi abdominale effectuée, le péritoine fut incisé sur la sonde cannelée, en même temps que le sang des nombreux vaisseaux intéressés était arrêté au fur et à mesure, au moyen de pinces hémostatiques. L'ouverture du péritoine donna issue à une très petite quantité de sérosité péritonéale, et aussitôt le kyste apparut entre les lèvres de la plaie. Une ponction fut alors pratiquée dans le kyste et donna issue à une certaine quantité de liquide gélatineux analogue à celui retiré par la ponction, et la tumeur fut maintenue à l'aide de pinces à plateau, pendant qu'elle se vidait, de telle sorte qu'aucune portion du liquide ne put s'écouler dans la cavité péritonéale.

L'exploration digitale permit alors de constater des adhérences solides et nombreuses, tant à la partie supérieure qu'à la partie inférieure, mais surtout dans la fosse iliaque droite au niveau des ponc-

tions pratiquées et dans le voisinage de l'ombilic, adhérences remontant à cet endroit jusqu'au niveau de l'appendice xiphoïde. Ces adhérences étaient surtout pariétales ; quelques-unes cependant, plus lâches, se rattachaient à l'épiploon et aux anses intestinales.

Une partie de ces adhérences ayant été détachée avec le doigt, en présence de leur multiplicité et de leur solidité, et d'un autre côté, eu égard au volume de la tumeur, l'habile chirurgien d'Angers dégagea la partie médiane du kyste, de façon à pouvoir jeter deux ligatures entre lesquelles la tumeur fut sectionnée par la moitié. L'incision cutanée fut alors agrandie de 5 à 6 centimètres, de façon à remonter jusqu'à l'ombilic. Cette division du kyste en deux parties, l'une supérieure l'autre inférieure, simplifia dès lors beaucoup l'opération. La moitié supérieure fut d'abord dégagée de ses adhérences pariétales et intestinales, tant avec le doigt qu'avec la spatule, et complètement enlevée. Ces adhérences, solides et nombreuses, furent laborieuses à rompre, et leur vascularité exigea quelques ligatures et l'application de pinces hémostatiques. Une ou deux anses intestinales saillantes furent maintenues avec des flanelles chaudes. Le champ opératoire, devenu ainsi plus libre, il devint plus aisé d'attaquer la partie inférieure du kyste, dont les adhérences moins solides furent détachées avec le doigt. La tumeur, devenue mobile, put être pédiculisée, et l'on put reconnaître alors que le kyste s'était développé à droite, que l'ovaire gauche était sain et que les deux trompes étaient accolées aux parois latérales du kyste. Le pédicule, qui était large et court, fut étranglé dans un lien fortement serré, et le clamp ayant été appliqué au-dessous de la ligature enserrant les deux trompes, toute la portion exubérante de la tumeur fut excisée.

La tumeur enlevée, le sang et la sérosité épanchés dans la cavité abdominale furent épongés soigneusement, et cinq ligatures, dont deux épiploïques furent abandonnées dans l'abdomen. L'hémorrhagie, grâce à l'hémostase soigneusement pratiquée au fur et à mesure de l'ouverture des vaisseaux avait été à peu près nulle.

La toilette péritonéale terminée, le pédicule fut attiré dans l'angle inférieur de l'incision et la plaie fermée par trois points de suture profonde et sept points de suture superficielle au moyen de fils d'argent.

La plaie ainsi fermée, sauf dans la partie inférieure occupée par le clamp, la surface de section du pédicule fut cautérisée avec du perchlorure de fer et entourée d'amadou phéniqué.

Cette opération laborieuse avait duré près de deux heures. La mé-

Nº 5. — Salle Ste Elisabeth — Ovariotomie — Guerison

| 1883 Février. | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 1er Mars. | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1er | 2e | 3e | 4e | 5e | 6e | 7e | 8e | 9e | 10e | 11e | 12e | 13e | 14e | 15e | 16e | 17e | 18e | 19e | 20e | 21e | 22e |

| R. | P. | T. |
|---|---|---|
| 80 | 160 | 40° |
| 70 | 140 | 39° |
| 60 | 120 | 38° |
| 50 | 100 | 37° |
| 40 | 80 | 36° |
| 30 | 60 | 35° |

thode antiseptique fut appliquée dans toute sa rigueur, tant pour l'opération elle-même, pratiquée au milieu d'une atmosphère phéniquée entretenue au moyen d'un pulvérisateur, que pour le pansement qui suivit. Les suites en furent des plus simples. Ainsi, nous voyons, d'après les notes qu'a bien voulu nous communiquer M. Badon, l'interne distingué et très zélé de M. Dezaneaux, que :

Le 1er jour, le pouls monte à 100, et la température à 38°,8.

*Prescription.* — Pilule de 1 centigr. d'extrait thébaïque toutes les quatre heures. Café. Rhum. Cathétérisme dans la soirée.

2e jour. — Matin, P. 115 ; T. 38°,6. — Soir, P. 120 ; T. 39°,4.

La malade urine seule et assez facilement. Même prescription.

3e jour. — Matin, P. 100 ; T. 36°,6. — Soir, P. 106 ; T. 39°,2.

La malade s'est plainte de légères coliques dues à la présence de gaz dans l'intestin. Pas de ballonnement du ventre. Toux nerveuse, à laquelle la malade est sujette après chaque ponction.

4e jour. — Matin, P. 98 ; T. 38°,4. — Soir, P. 88 ; T. 38°,5.

La nuit a été bonne. Léger ballonnement à la partie supérieure du ventre. Lavement huileux. Dans la journée, quatre vomissements, ou plutôt vomiturions comprenant beaucoup de crachats muqueux.

5e jour. — Premier pansement. La plaie a bon aspect. Les sutures superficielles sont enlevées. Le clamp présente une certaine mobilité. La malade prend une rôtie au vin. Dans la soirée se déclarent quelques vomissements.

Matin, P. 84 ; T. 38°. — Soir, R. 88 ; T. 37°,8.

6e jour. — Nuit mauvaise. La malade a eu de fréquents vomissements verdâtres.

*Prescription.* — Granules de sulfate neutre d'atropine. Lavement alimentaire composé de bouillon, vin, lait, environ un verre de chaque. Les pilules d'extrait thébaïque sont réduites de moitié. La plaie offre toujours un très bon aspect.

La journée est relativement bonne.

Matin, P. 88 ; T. 38°,6. — Soir, P. 84 ; 37°,6.

7e jour. — La nuit a été meilleure que la précédente, sans être bonne. Deux vomissements. Dans la journée, lavement alimentaire et continuation des granules d'atropine.

Matin, P. 80 ; T. 37°,4. — Soir, P. 80 ; T. 37°,6.

8e jour. — La nuit a été excellente. Le point supérieur de la suture profonde est enlevé ; le pédicule est complètement détaché. La plaie, en très bon état, présente une très légère suppuration. Ventre

un peu ballonné. Dans la journée, la malade s'alimente (œufs, lait et vin).

Depuis ce moment, la malade marche régulièrement et rapidement vers la guérison.

Le 11e jour, les derniers points de suture profonde et superficielle étaient enlevés, la plaie était cicatrisée, et, à part un petit abcès superficiel de la paroi abdominale qui suppura pendant quelques jours, il n'y a rien à signaler jusqu'au moment où la malade, entièrement rétablie, eut son exéat le 25 mars, c'est-à-dire quarante jours après l'opération.

Depuis ce temps, la santé de Mme Guérin est redevenue florissante ; elle a repris ses occupations ordinaires et se livre, comme avant sa maladie, aux rudes travaux de la campagne, et j'ajoute que, malgré l'absence de ses deux trompes, elle voit chaque mois ses règles revenir régulièrement.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

*Séance du 17 juin 1883.*

**Kystes de l'ovaire enclavés dans le ligament large ; conséquences de cette disposition au point de vue de l'ovariotomie**, par le Dr Terrillon. — L'histoire des kystes en partie enclavés dans le ligament large est assez incomplète. Les principaux articles publiés sur ce sujet sont : un chapitre de Hégar et Kaltenback dans leur ouvrage sur les opérations de la gynécologie (Stuttgard, 1881) ; un article de Karl Schrœder dans les Archives de gynécologie allemande, 1878, à propos de faits observés par lui ; quelques remarques de Müller (de Berne), *Corresp. Blatt fur Chir.*, 1879, qui a vu plusieurs cas semblables ; enfin des indications éparses dans les cliniques de Péan, l'article de Kœberlé sur l'ovariotomie. (*Dict. de méd. et de chir. pratiques* et *Péan Cliniques*, t. I.)

Voici les observations résumées sur lesquelles est fondé ce travail :

Obs. I. — *Kyste multiloculaire de l'ovaire ; enclavement dans le ligament large ; décortication ; érysipèle consécutif à l'opération ; guérison.* — Mme X..., 30 ans. Trois enfants ; le dernier âgé de 8 ans. Augmentation de volume du ventre depuis un an. Tumeur abdominale volumi-

neuse, nettement fluctuante, remontant à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic. Pas d'ascite. L'utérus semble normal au toucher vaginal; il est peu mobile.

*Opération* le 13 mars 1883. — Kyste libré de toute adhérence avec la paroi abdominale. Ponction donne issue à 6 litres de liquide visqueux. Après la ponction, la partie du kyste qui occupait le flanc gauche est facilement attirée au dehors; mais en passant la main dans l'abdomen, on constate que la tumeur envoie un prolongement dans l'épaisseur du ligament large gauche, et occupe ainsi une grande partie du petit bassin. La trompe, très hypertrophiée, est étalée à la surface du kyste.

La trompe est d'abord sectionnée entre deux ligatures; puis, par une section verticale, l'utérus est séparé de l'aileron gauche du ligament large. On décortique alors facilement le feuillet étalé à la surface de la tumeur et on forme un pédicule constitué par les vaisseaux utéro-ovariens hypertrophiés, pédicule lié avec deux fils de soie. La partie du ligament large sur laquelle a porté la section est également liée avec deux fils de soie.

La surface saignante résultant de la décortication est diminuée autant que possible, en réunissant, au moyen de petites sutures, les lambeaux des deux feuillets du ligament large.

Le 22 mars, neuf jours après l'opération, malgré un érysipèle des parties, les fils sont enlevés, la malade est convalescente.

Obs. II. — *Kyste multiloculaire et aréolaire de l'ovaire gauche*; *enclavement dans le ligament large*; *ablation incomplète*; *drainage*; *guérison*. — Mme P..., 28 ans. N'a jamais eu de grossesse. Début de la maladie au mois de novembre 1882. Le ventre augmente de volume à gauche. Envies fréquentes d'uriner. Dysurie. Epreintes.

A la partie inférieure de l'abdomen, tumeur fluctuante, remontant un peu au-dessus de l'ombilic. L'utérus est un peu remonté et rejeté du côté droit d'une façon notable; la tumeur est sentie dans le cul-de-sac gauche qu'elle efface en partie.

Le 5 février 1883, ponction sur la ligne médiane avec l'aspirateur Dieulafoy. 4 litres de liquide verdâtre et légèrement sirupeux.

*Opération* le 12 février 1883. — L'incision abdominale fut prolongée à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic; aucune adhérence de la tumeur à la paroi abdominale antérieure. Quatre ponctions donnent issue à 2 litres de liquide gélatineux. L'exploration avec la main fait

reconnaître que la tumeur est située en grande partie dans l'épaisseur du ligament large ; il y a enclavement et, par suite, pas de pédicule.

La décortication lente, selon le procédé habituel, fut bientôt jugée impossible ; on résolut alors d'enlever la plus grande partie de la tumeur et d'abandonner la portion adhérente. La partie la plus importante fut attirée au dehors, et les parois du kyste ayant été fixées préalablement à l'angle inférieur de la plaie, au moyen de deux broches, on fit la section de la portion extra-abdominale du kyste.

La partie restante était constituée par une cavité anfractueuse aréolaire contenant un liquide brunâtre très épais. Le nettoyage de cette cavité effectué, deux gros drains furent placés debout dans la cavité, les extrémités ressortant par l'ouverture abdominale.

L'opération fut ensuite terminée comme à l'ordinaire et le pansement de Lister appliqué.

La partie enlevée pesait environ 1 kilogramme ; elle était composée de masses noirâtres avec cloisons épaisses, charnues, très vasculaires.

Suites simples. La malade quitte l'hôpital le 2 avril. Au 1er juin, elle n'a plus qu'un tube de 4 centimètres de long. Au 1er juillet, la plaie est fermée.

Obs. III. — *Kyste multiloculaire des deux ovaires*; *ovariotomie incomplète*; *un des kystes est enlevé*; *l'autre, adhérent au ligament large, est enlevé partiellement*; *drainage*; *mort au vingtième jour par péritonite purulente.* — M. H..., 58 ans. Réglée normalement jusqu'à 40 ans, époque de la ménopause.

Les premiers symptômes remontent à une dizaine d'années. Une tumeur du volume du poing apparut dans la partie inférieure droite de l'abdomen ; deux autres grosseurs apparurent ensuite dans le voisinage de la première. Depuis, toutes ces tumeurs paraissent s'être réunies et ont augmenté progressivement.

Au 15 janvier 1883, la tumeur développée sur la ligne médiane remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle semble divisée en deux lobes par un large sillon. Mobilité presque nulle. Fluctuation obscure. Pas d'ascite.

L'utérus est fortement remonté, appliqué derrière le pubis, et le cul-de-sac postérieur est occupée par une tumeur arrondie, vaguement fluctuante.

Le 25 février, une ponction sur la ligne médiane donne issue à 900 grammes d'un liquide visqueux grisâtre. La malade a maigri, son appétit est faible, ses forces diminuées.

*Opération* le 13 février. — Incision prolongée un peu au-dessus de l'ombilic. Plusieurs ponctions ne donnent issue qu'à de très petites quantités de liquide. On reconnaît alors qu'il existe deux kystes ovariques : un à droite, moins volumineux et pédiculé ; un à gauche, libre dans l'abdomen, mais enclavé dans le bassin par le péritoine réfléchi sur lui.

Le kyste droit est facilement opéré ; quant à la tumeur gauche, ses parois sont fixées à la partie inférieure de la plaie abdominale avec des sutures, et deux broches sont appliquées qui réunissent ensemble les bords de la plaie et les parois du kyste.

On enlève alors toutes les parties du kyste saillant au dehors et on place dans la cavité du kyste abandonné deux gros tubes à drainage. Pansement de Lister.

Le premier kyste pesait 2 kilogrammes ; la portion extraite du second pesait 900 grammes.

Après quelques jours d'amélioration, la malade, prise de péritonite, succombe le 6 mars.

Malgré la disposition à peu près identique du prolongement kystique enclavé dans le ligament large dans ces trois cas, nous trouvons entre eux des différences essentielles.

Dans le premier cas, début peu éloigné, adhérences encore molles, décortication facile. Dans le second, l'opération reste incomplète, et a à lutter contre les symptômes de septicémie. La guérison a été obtenue, mais on peut craindre une récidive.

Enfin, dans le troisième cas, la péritonite semble due à une propagation de la suppuration du kyste à travers la paroi trop mince qui le séparait du péritoine.

Il faut séparer tout d'abord des kystes enclavés que nous avons spécialement en vue les kystes para-ovariques nés dans l'épaisseur du ligament large aux dépens de l'organe de Rosenmuller, qui n'ont ni la structure, ni la gravité des premiers.

Nous savons que ce qui crée la difficulté opératoire dans les ovariotomies, c'est l'existence d'adhérences ; or, il y a une distinction à établir entre les adhérences.

En effet, en dehors des adhérences proprement dites, dues à une inflammation adhésive, la tumeur ovarienne peut contracter avec des

organes voisins, en dehors de toute inflammation, des rapports tels que la dissection devient difficile, souvent même impossible. C'est le mode de développement de la tumeur elle-même qui est la cause de ces rapports insolites et dangereux.

Dans le cas qui nous occupe, la tumeur s'est infiltrée en partie dans le ligament large. Dans la plupart des cas, un lobe seul du kyste ovarique évolue dans cette direction pendant que les autres s'accroissent du côté de la cavité péritonéale. De la sorte, il se forme une tumeur composée de deux portions distinctes : l'une supérieure libre dans le péritoine, ordinairement beaucoup plus volumineuse ; l'autre, cachée dans le ligament large qui la recouvre de tous côtés.

Or, à mesure que cette portion se développe en dédoublant les deux feuillets du péritoine, elle tend à se mettre en contact : d'une part, avec les parties latérales de l'utérus, de la vessie et même de la partie supérieure du cul-de-sac vaginal ; d'autre part, avec les parois du bassin, les vaisseaux et nerfs iliaques, et aussi avec l'uretère. Ces rapports sont directs, et, à la longue, il pourra y avoir une véritable adhérence. Une circulation commune s'établira, d'où échange de vaisseaux entre la partie envahie et le kyste qui se développe et augmente toujours. La vascularité de celui-ci étant augmentée, sa vitalité plus grande, les sections qui doivent porter sur ce tissu vasculaire intermédiaire donneront plus de sang et compliqueront l'opération.

Il faut dire aussi qu'avant cette période d'adhérence vraie, le prolongement kystique est pour ainsi dire libre dans l'épaisseur du ligament large, et facile à énucléer. Plus le début est éloigné, et plus les connexions devienennt intimes, et la dissection délicate ou impossible.

Tantôt ce prolongement se porte directement en bas et en dedans, de manière à se mettre directement en rapport avec le plancher pelvien, l'utérus, la vessie et les parois du petit bassin, tantôt il se dirige en arrière, soulève en l'effaçant le repli de Douglas, et vient se mettre en rapport avec l'intestin : enfin en atteignant la face inférieure des vertèbres lombaires, elle soulève le mésentère et l'intestin grêle avec lequel elle contracte des adhérences.

Malheureusement, il est impossible d'établir un diagnostic précis de cette position du kyste ovarique dans l'épaisseur du ligament. — Cependant, on peut le soupçonner, lorsqu'on sent une partie de la tumeur proéminente à côté ou derrière le col utérin, au niveau du cul-de-sac vaginal. — Si l'utérus est entraîné en haut, cela peut tenir

aussi à ce fait que les organes adhérents au kyste ont suivi celui-ci dans son développement du côté de l'abdomen.

Le cathétérisme vésical peut aussi donner des renseignements utiles, la vessie pouvant être entraînée par le kyste. Les lésions rénales, avec rétention et urémie, peuvent indiquer une compression de l'uretère.

Enfin, la présence des intestins au-devant de la tumeur permettrait de penser qu'en se portant vers la colonne vertébrale, elle a soulevé le péritoine, et par conséquent l'intestin.

Mais ces signes n'ont qu'une valeur relative. Le pronostic de ces kystes enclavés est ordinairement très grave à cause de l'absence de pédicule. Outre la difficulté de la dissection qui expose à blesser des organes importants, on a à compter avec les chances de septicémie résultant d'une large surface sanglante. Ailleurs, l'abandon d'une partie de la tumeur qu'on laisse en place expose la malade soit à une fistule permanente, soit à une récidive.

Dans le cas ou la décortication totale est possible, il est toujours utile de diminuer autant que possible la plaie qui résulte de l'ablation du kyste, en suturant, au moyen de petits catguts, les lambeaux des feuillets du péritoine. Si la décortication est impossible, mais nous conseillons de la tenter dans tous les cas, on n'enlèvera que la partie du kyste qui peut faire saillie à l'extérieur. La cavité kystique, fixée aux bords de l'incision abdominale, sera nettoyée avec soin et drainée dans toutes ses anfractuosités. Dans quelques cas spéciaux, on pourra faire un drainage vaginal.

On ne saurait trop insister sur l'emploi des précautions antiseptiques les plus minutieuses.

*Séance du 4 juillet 1883.*

M. Terrier, qui a étudié dans un travail spécial (*Revue de Chirurgie*, 1881) les opérations incomplètes auxquelles ces kystes donnent lieu, revient ici sur l'intervention chirurgicale dans les cas de ce genre, et il pense que des règles absolues sont impossibles à établir pour ces cas compliqués et par conséquent graves.

Dans l'ovariotomie ordinaire commune, le pédicule vasculaire,seul ou presque seul important pour l'opérateur, est formé par la réunion des vaisseaux utéro-ovariens et des vaisseaux utérins provenant surtout de l'angle de l'utérus. Ce pédicule unique, traité par le clamp ou par les ligatures, est attiré au dehors ou abandonné le plus souvent

dans la cavité abdominale. Mais, le kyste devenant plus volumineux ou plutôt s'élargissant, les vaisseaux tendent à se dissocier, et l'on peut observer deux pédicules, l'un interne, *utérin*, l'autre externe, *utéro-ovarien*. Entre ces deux pédicules, le kyste arrive presqu'au bord supérieur du ligament large, parfois même le dédouble un peu, sans d'ailleurs y contracter des adhérences très intimes ; aussi est-il facile de les dissocier et de libérer la tumeur, dès que les deux pédicules sont liés et sectionnés. Il cite deux cas très nets de cette forme de pédicule.

Mais l'énucléation n'est pas toujours aussi simple, et il le prouve par l'examen de cinq autres faits. Tantôt il a dû déchirer le ligament large, décortiquer le kyste, puis former les deux pédicules et les lier pour enlever la tumeur ; dans un autre cas, il a lié d'abord les deux pédicules, excisé la partie gênante du kyste, puis disséqué les productions kystiques enclavées dans le ligament large en ménageant l'uretère ; ailleurs il lie le pédicule utéro-ovarien, énuclée le kyste après avoir ouvert la lame antérieure du ligament large, et finit par le pédicule intérieur ou utérin ; ailleurs encore, il est obligé de faire un pédicule artificiel, qu'il maintient au dehors avec deux broches en croix ; en un mot, la pratique varie presque dans chacun des cas. Toutefois, il croit utile de rechercher d'abord le pédicule externe, qu'on isole et qu'on sectionne entre deux ligatures, puis d'aborder l'énucléation du kyste, et enfin de terminer par la formation du pédicule interne avant d'enlever la tumeur.

Tous ces kystes étaient multiloculaires.

S'il n'y a pas de signes caractéristiques de cette véritable complication des kystes de l'ovaire, il s'en faut de beaucoup que les signes dont on a parlé : immobilité de l'utérus, existences de tumeurs dans les culs de sac, tumeurs adhérentes de la matrice, déplacements de l'utérus, etc., soient de peu d'importance. Ils ont au contraire une valeur réelle, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic opératoire.

M. Pozzi dit que ces faits ne sont pas nouveaux et rappelle que les américains ont même inventé un mot expressif, celui de *marsupialisation* pour désigner ces ablations partielles, avec fixation des bords de la poche kystique à la plaie abdominale.

M. Polaillon ne croit pas que l'enclavement des kystes se produise d'après un mode unique, et il ne croit pas possible d'établir en dehors de l'opération s'il existe ou non des adhérences entre le kyste et

les organes voisins, et de quelle nature sont ces adhérences. Quant au procédé opératoire, il pense qu'il n'est pas possible d'établir une règle absolue. Avec MM. Terrillon et Terrier, il a des préférences pour la décortication complète, si les adhérences sont celluleuses et peu vasculaires. Mais si les adhérences sont solides et étendues, si on est obligé de les disséquer avec le bistouri ou les ciseaux, on produit une perte de sang et un traumatisme dont les malades se relèvent rarement. Aussi vaut-il mieux laisser au-dessous d'un pédicule formé avec le corps de la tumeur les parties qu'on ne peut disséquer sans danger. Sans doute ce pédicule peut devenir le siège de proliférations épithéliales et dans un cas la cicatrice hypertrophiée et ulcérée végéta comme un cancroïde, et la malade mourut de cachexie cancéreuse. Mais aussi la portion de tumeur laissée dans le ventre peut rester stationnaire et même s'atrophier. — Il a observé un cas de ce genre publié par un de ses internes, M. Luizi. (*Bull. de la Société Clinique de Paris*. p. 137, t. V, 1881.)

Quant à la gravité du pronostic, elle n'est pas spéciale aux kystes intra-ligamentaires, mais elle appartient à toutes les tumeurs ovariennes qui affectent des adhérences étendues avec les organes du bassin.

M. Lucas-Championnière trouve que les faits indiqués par M. Terrillon ne sont pas absolument nouveaux. La présence d'adhérences constitue un incident auquel il faut s'attendre. La présence d'une large bande musculo-aponévrotique, en avant du kyste, indique généralement un kyste du ligament large.

On doit encore craindre l'inclusion dans le ligament large lorsqu'on tombe sur un ovaire cancéreux. Mais il est impossible de déterminer à l'avance la nature des adhérences, aussi ne faut-il pas poser des règles opératoires précises. Il faut enlever la plus grande partie possible des tumeurs, et ne laisser l'opération incomplète que quand il est absolument impossible de faire autrement. De même le drainage sera réservé pour les cas exceptionnels.

M. Monod a eu un succès dans un cas d'opération incomplète suivie de drainage. La portion de tumeur abandonnée s'atrophia dans la suite.

M. Terrier dit que ces faits d'atrophie consécutive pourraient être le point de départ de tentatives d'atrophie par la ligature des vaisseaux qui alimentent la tumeur. (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, n° 7. août 1883.)

Dr R. Chenet.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

XII^e *session à Rouen, du* 16 *au* 23 *août* 1883.

La séance d'ouverture du congrès a eu lieu le 16 au théâtre des Arts, sous la présidence de M. Frédéric Passy, député.

Les travaux communiqués concernant la gynécologie ont été peu nombreux.

Citons en premier un travail très intéressant de M. Gallard ayant pour titre : **Discussion de la théorie physiologique de la menstruation** (1). M. Gallard dit que c'est Négrier le premier qui a démontré la corrélation qui existe entre la menstruation et l'ovulation et cherche à prouver que sans ovaires il n'y a pas de menstruation.

M. Duplouy a vu chez une femme à laquelle il a enlevé les deux ovaires, la menstruation conserver la régularité qu'elle avait avant l'opération. C'est là un fait auquel il faudrait chercher une explication, car il se comprend difficilement si l'on admet la théorie de Négrier.

M. Gallard. Le fait de M. Duplouy rentre dans la catégorie de ceux que je viens de contester. Lorsque l'ovaire est malade il s'étale en quelque sorte à la surface du ligament large et il est très rationnel d'admettre que, quel que soit le soin avec lequel on fait l'opération, un petit lobule de la glande échappe à l'attention du chirurgien.

M. le D^r Apostoli communique une note sur le **Traitement électique de la douleur ovarienne chez les hystériques.**

La communication du D^r Apostoli peut se résumer ainsi :

1° Procédé opératoire. — Il applique à l'utérus un courant faradique ou induit de *tension élevée*, engendré par une bobine à fil fin et long. L'appareil doit être à chariot, c'est-à-dire à hélice mobile qui permette de graduer facilement l'intensité électrique de *zéro à maximum*. Des deux bobines qu'il doit posséder, l'une à fil gros, l'autre à fil fin, la première doit être rejetée comme fournissant des courants de *quantité*, propre surtout à exciter la *contractilité musculaire* qu'il est inutile de réveiller dans ce cas particulier ; ils sont d'ailleurs souvent très mal supportés par les hystériques et ne produisent jamais rapidement la sédation que l'on obtient par les courants de *tension élevée*.

---

(1) Ce travail dont nous ne donnons qu'une courte analyse a été publié dans les *Annales de Gynécologie*, novembre 1882.

La faradisation peut être *utéro-sus-pubienne* : un pôle étant dans l'utérus, et le circuit étant fermé sur le ventre au-dessus du pubis; mais il est préférable de se servir de la *faradisation utérine double* : les deux pôles étant concentrés dans l'utérus à l'aide de mon *excitateur utérin double*. Chez la femme vierge, ou bien pendant la grossesse lorsqu'il y a obligation de s'interdire l'introduction du doigt conducteur dans le vagin (vierge) ou bien de la sonde dans l'utérus (grossesse), il suffit d'introduire et de laisser cette même sonde ou une de plus gros calibre dans le vagin, l'extrémité restant appliquée contre l'utérus, et de faire ainsi une *faradisation vaginale double*.

2° Dose. — La dose doit être réglée sur l'intensité de la douleur à combattre, et sur la sensibilité du sujet. Elle doit en général être petite et progressivement croissante avec beaucoup de lenteur. Jamais elle ne doit être trop douloureuse, et il faut toujours qu'elle soit facilement supportée. *Du 10° au 5° de l'engainement total de la bobine à fil fin de l'appareil à chariot de Tripier représente le plus souvent une intensité suffisante.*

3° Durée. — La durée doit être proportionnelle à la ténacité du mal. On doit persévérer jusqu'à ce que la douleur soit supprimée ou amoindrie, dès la première séance. *De cinq à trente minutes, et au besoin plus, seront quelquefois nécessaires pour atteindre ce but; la moyenne est de dix minutes.*

4° Nombre. — Le nombre des séances est chose variable; toute ovarialgie soulagée ou amoindrie dès la première faradisation est sujette à récidiver le soir ou le lendemain. *De trois à huit ou dix séances donnent en général un résultat durable*, quoique exposé à des retours éloignés offensifs inhérents à la persistance de la diathèse. Des séances quotidiennes et successives sont presque toujours nécessaires.

5° Conclusion clinique. — L'influence exercée sur la douleur ovarienne (qui, topographiquement parlant est toujours sus-ovarienne) par un excitant appliqué loin de son siège et localisé dans l'utérus fournit une contribution nouvelle à l'appui de la théorie du rôle pathogénétique que l'utérus joue dans l'hystérie, soit directement, soit par voie réflexe.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

*Séance du* 20 *mai* 1883.

**Ponction accidentelle de l'utérus dans une ovariotomie.** — Le Dr Hanks raconte la suite de l'histoire de la malade du Dr Lee, dont

il a été parlé dans la séance du 21 novembre 1882. La malade fut renvoyée chez elle, environ cinq semaines après l'opération. Trois jours après son retour, elle commença à souffrir et à présenter une perte sanguine, qui la rendit exsangue. Tous les moyens échouant, le Dr H.-C. Coe fit la dilatation du col et la version sur un fœtus en décomposition. La tête, séparée du corps, sortit spontanément le lendemain. Le Dr Lee dit que ce cas prouve la possibilité, grâce aux antiseptiques, d'une guérison complète; l'opérée a même quelque chance d'aller à terme. On ne peut donc admettre l'opinion de Sp. Wells, qui prescrit l'opération césarienne immédiate, la malade devant nécessairement succomber à la ponction de l'utérus.

**Grossesse utérine prolongée.** — Le Dr W.-M. Chamberlain a rapporté, il y a trois ans, le cas d'une dame qui était restée enceinte onze mois et trois jours. Cette dame est maintenant grosse depuis dix mois moins trois jours. La gestation peut donc durer plus de neuf mois. Le Dr Chamberlain demande s'il faut provoquer l'accouchement dans ces cas. Le Dr F.-P. Foster remarque que la raison pour laquelle il faudrait provoquer l'accouchement est qu'on suppose que le fœtus doit prendre un développement excessif, ce qui est contraire à l'opinion exprimée dans le mémoire présenté par le Dr Rodenstein, il y a un an environ. L'enfant était-il énorme, dans le cas de Chamberlain ?

Le Dr Chamberlain répond que non ; le travail ne dura que trois heures. Cependant, l'épiderme, les ongles du fœtus et son pouvoir de coordination motrice semblaient ceux d'un enfant âgé de plus d'une semaine.

Le Dr A.-S. Clarke raconte un cas qui, sauf erreur des médecins, serait un cas de grossesse ayant duré dix mois et demi. Bien des éléments d'incertitude existent dans la détermination de l'époque de la grossesse, ajoute le Dr Lee; mais le cas du Dr Chamberlain présente un caractère d'évidence rare.

**Incision exploratrice chez une femme ayant subi l'opération de Battey.** — Une femme, dit le Dr Dawson, avait subi la double ovariotomie, il y avait trois ans, lorsqu'elle recommença à souffrir. Croyant qu'on avait laissé une partie des trompes, les Drs Lee, J.-B. Hunter et Dawson se décidèrent à faire la laparotomie. L'incision fut faite dans la cicatrice de l'opération précédente. Les trompes étaient atrophiées et méconnaissables. On referma tout simplement l'ouverture. L'opérée se remit.

*Séance du 3 avril 1883.*

Le Dr Mundé présente **un kyste ovarien à contenu limpide simulant un kyste du ligament large.** — La tumeur contenait 16 pintes (environ 17 litres) de liquide. L'opérée quitta l'hôpital du Mont-Sinaï le vingt-quatrième jour.

**Opération de Battey pour une dysménorrhée et une névralgie pelvienne** (même auteur). — Le résultat fut un succès opératoire; mais, trois mois après, l'opérée se suicida.

Le Dr Mundé rapporte l'histoire **d'un kyste du ligament large contenant 21 litres et demi de liquide**; la malade fut guérie par la ponction.

Le Dr Mundé raconte le cas d'une dame qui portait **un sarcome pelvien limité au tissu cellulaire.** La tumeur fut ponctionnée plusieurs fois par le vagin, et donna issue à un liquide sanguin épais, coagulable, et à un peu de pus. Une incision fut faite par le vagin et laissa sortir des caillots; les parois étaient molles et irrégulières; le microscope fit reconnaître le sarcome à cellules rondes, avec peu de tissu fibreux. L'autopsie démontra que le tissu cellulaire pelvien seul était pris; aucun des organes voisins n'avait été envahi.

Le Dr Gillette croit que, dans certains cas, les douleurs pelviennes, qui peuvent donner l'idée de l'opération de Battey, cèdent au mariage, et il cite un cas à l'appui de son idée. Un autre cas est celui d'une femme qui avait abusé du coït et avait changé de vie sous l'influence de sentiments religieux. L'orateur recommande, par suite, de ne pas se décider à une opération aussi grave que celle de Mundé ou de L. Tait, sans y bien réfléchir.

Le Dr Bache Mc E. Emmet présente une **tumeur fibroïde utérine enlevée par le cautère galvanique et énucléée.** (*Am. Journ. of obstetr.*, 1883, p. 942.)

A. Cordes.

---

# REVUE DES JOURNAUX

**De la masturbation dans la production des affections gynécologiques.** — Le Dr Chapman, dans un mémoire très étudié sur cette question, arrive aux conclusions suivantes :

1° Les femmes pratiquent la masturbation sur une très large échelle.

2° En règle générale, elles se bornent à la manipulation des organes externes.

3° Il est rare qu'elles aient recours pour cette pratique à l'introduction de corps étrangers dans le vagin.

4° Quand ce petit exercice se reproduit souvent, il détermine toujours des modifications dans les organes génitaux externes.

5° Quand on constate ces modifications, on peut être certain que la femme se livre à la masturbation.

6° On arrivera en général, par des questions adroites, à faire avouer aux malades leur funeste habitude.

7° La masturbation peut produire un état de relâchement très marqué du vagin.

8° La rétroversion utérine se rencontre si souvent chez les femmes qui se masturbent que, quand on la constate chez une fille nullipare, on doit en considérer l'origine comme très suspecte.

9° Il en sera de même quand on observera l'existence *simultanée* de la leucorrhée et de la ménorrhagie.

10° Cette habitude vicieuse peut donner lieu à de l'ovarialgie et même à de l'ovarite chronique.

11° Il est si fréquent de trouver la masturbation parmi les facteurs étiologiques des affections pelviennes que, si l'on arrive à la constater, il sera facile d'établir le pronostic et d'instituer un traitement convenable dans beaucoup d'affections utérines chez les filles non mariées.

(*American Journal of obstetrics,* juin 1883, page 598.)

Paul Rodet.

# VARIÉTÉS

— **Cours complet d'accouchements.** — Le Dr Verrier commencera son cours le 18 octobre prochain, à son amphithéâtre, 19, rue St-Honoré.

*Le gérant :* A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur. 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

# ANNALES
# DE GYNÉCOLOGIE

**Novembre 1883**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### DE LA PÉRITONITE DÉVELOPPÉE PENDANT LA GROSSESSE (1).

**Par le D[r] Charles Mégrat**, de Lunéville.

(SUITE ET FIN) (2).

#### SYMPTOMATOLOGIE.

La péritonite peut débuter à tous les moments de la grossesse. Ainsi on l'a vu apparaître déjà à six semaines (obs. V); dans les trois premiers mois (obs. VI, celles de SANGELLI, de SCHMIDT, et 3 cas de SPENCER WELLS, *loc. cit.*); à quatre mois (obs. III et le quatrième cas de SPENCER WELLS, *loc. cit.*); à cinq mois et demi (obs. VIII); à six (obs. XII); à sept (obs. II,

(1) Nous réservons notre description à la péritonite développée pendant l'espèce de grossesse la plus commune, la grossesse utérine proprement dite.

(2) Voyez *Annales de gynécologie*, octobre 1883.

VII, IX); à huit (obs. I. IV. XI); à huit et trois semaines (obs. X); le plus souvent au septième ou huitième mois: et, en temps d'épidémie de fièvre puerpérale, soit à une époque plus ou moins rapprochée de l'accouchement (1), suivant la remarque de M. Stoltz (*loc. cit.*), soit en éveillant le travail (2), soit pendant sa durée, comme le rappelle M. Siredey (*loc. cit.*); et enfin, encore pendant ce travail, par l'action ou des seuls et vains efforts de la matrice (obs. XIII), ou surtout des manœuvres obstétricales nécessaires pour terminer l'accouchement.

Les symptômes, évidemment les mêmes que ceux que présente cette maladie en dehors de la gestation, peuvent se manifester isolément et rester tels, ou bien se compliquer (mais rarement au début) des signes qui annoncent l'imminence ou l'évolution d'un travail prématuré. D'autres fois ils sont effacés, pendant leur cours, par les phénomènes d'obstruction qu'occasionne une tumeur péritonitique pré ou coexistante (obs. X): ou étouffés soit par des accidents simultanés bien plus graves, dont les uns (entérite simple) (obs. XI) ou folliculeuse (fièvre typhoïde) (obs. XII), peuvent disparaître avec ou même avant eux, et les autres (septicémie accompagnée de phlegmasie blanche et de phlegmon pelvien (obs. XIII) enlèvent rapidement la malade; soit par des affections secondaires (atrophie aiguë du foie et anémie profonde), qui, après une certaine durée, entraînent également la mort (obs. V et VI).

Deux fois seulement (3) un frisson violent a été noté au début (obs. III et IX); par contre la fièvre continue, mais à des degrés variables, et, bien que tardive dans les obs. V et VI, n'a jamais fait défaut (4).

---

(1) Obs. de M. Deubel, déjà citée.

(2) Obs. VI de notre thèse inaug., p. 19, déjà citée.

(3) Les *frissons*, dans l'obs. XIII, appartenaient à la septicémie qui, déjà avant l'opération césarienne, dominaient les autres complications.

(4) Nous regrettons la négligence de la thermométrie comme une lacune fâcheuse de nos observations.

La douleur initiale, qui, comme la fièvre, est un phénomène constant, pour ainsi dire indispensable de cette maladie, a passé inaperçue une seule fois (obs. XII), effacée qu'elle était par les violentes coliques dues à l'entérite. Elle a débuté le plus souvent, avons-nous dit, du côté droit de la matrice, et a montré une grande tendance à s'irradier soit à tout le ventre (obs. I, III et VII), soit vers les régions hypochondriaque et épigastrique (obs. VIII et IX). Une fois même elle apparut d'emblée dans ces deux dernières régions (obs. XI), sans retentir sur les zones périutérine ni pelvienne. Ce cas, à lui seul, ne nous autorise évidemment pas à dire, avec M^me Boivin et Dugès (*loc. cit.*), que : « chez la plupart des femmes qui, durant la gestation, ont présenté des symptômes d'une grave inflammation de l'abdomen, les douleurs se sont fait surtout sentir dans l'épigastre, c'est-à-dire là où n'était pas l'utérus. »

Dans notre observation, il ne survint, il est vrai, après l'accouchement (comme l'ont remarqué ces auteurs), rien d'anormal, ni vers la matrice, ni vers ses annexes; mais aussi, dès ce moment, nous vîmes les accidents céder du côté de l'estomac et du côlon, ce qui fait supposer que la péritonite des hypochondres n'existait qu'à l'état hyperémique.

Les vomissements (d'abord glaireux, puis bilieux, presque toujours porracés), quoiqu'ils n'aient pas été notés dans les obs. II et IV, ont dû forcément y exister au degré d'extension et de gravité que prit la maladie; mais ils n'ont pas fait défaut dans le cours des autres observations (I, III, VII, VIII, IX, X, XI et XII), et, chose digne de remarque, ils n'ont apparu, dans l'obs. XIII, qu'après l'opération césarienne, comme phénomène ultime.

Il y a toujours eu constipation ou diarrhée. Nous ferons observer que, dans certains cas (obs. VII et VIII; obs. XI et XII), toutes deux ont duré, ou à peu près (du reste, comme la fièvre, les douleurs abdominales et les vomissements), jusqu'à l'expulsion du fœtus, de sorte que la diminution de volume de la matrice sembla non seulement lever l'obstacle au libre cours

des matières fécales, mais décongestionner les parois des intestins et de l'estomac, et calmer, par suite, leur irritation.

La diarrhée, citée également par SCANZONI (p. 372, *loc. cit.*), et qui a été, comme le font observer MM. FOLLIN et DUPLAY (1), surtout remarquée, au lieu de la constipation, dans la péritonite traumatique généralisée, a duré jusqu'à la mort dans les obs. I et IX; tandis que, symptomatique de l'entérite aiguë, simple ou folliculeuse, qui dominaient la scène dans les obs. XI et XII, elle a cessé ou considérablement diminué après l'avortement.

Une seule fois il y eut rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme (obs. I).

La maladie s'est aussi présentée ici sous ses deux formes : partielle ou généralisée; quelquefois sous les deux successivement. Nous n'en ferons évidemment pas la description, nous rappellerons seulement quelques particularités à ce double sujet.

Ainsi, nous trouvons la première localisée sur deux régions principales : ou dans le petit bassin (pelvipéritonite, obs. V et VI, 8e et 9e obs. de M. BERNUTZ (*loc. cit.*), dont la description peut servir de type). Déjà appréciable à sa résistance avant l'avortement, dans l'obs. V, elle ne s'est nettement accentuée d'autres fois qu'après (obs. V, VI et XII); ou bien, occupant les ailerons des annexes, sous forme d'une tumeur bien constatée cinq jours avant lui (obs. VIII), tandis qu'une autre fois elle ne fut reconnue que le lendemain (obs. IX), quoiqu'elle datât certainement d'avant la délivrance.

Cette inflammation partielle qui, dans l'obs. VIII, chercha à se généraliser, est, pour ainsi dire, une forme intermédiaire aux deux en question.

A propos de la forme généralisée, la plus fréquente (et il semblerait jusqu'ici, du moins d'après nos observations, qu'elle prend plutôt ce caractère dans la seconde moité de la grossesse), nous nous permettrons encore quelques réflexions.

---

(1) *Traité élément. de pathol. externe*, t. V, p. 720. Paris, 1878.

Dans aucune d'elles on n'a noté d'épanchement abdominal bien appréciable; il est donc loin d'arriver souvent, dans ces cas, comme le prétendait SCANZONI (p. 372, *loc. cit.*), que la masse exsudative, rapidement coagulée, masque l'utérus et en efface les contours. Mais il n'en est pas de même du ballonnement, si reconnaissable à la vue et à la percussion, et dont nous avons cité trois exemples remarquables (obs. VII, VIII et XII). Dans la première, en effet, il fut assez considérable pour masquer la partie supérieure de la matrice gravide, et comme surpris par la brusque déplétion de cet organe, il conserva pendant un certain temps la place qu'il occupait auparavant, donnant à l'abdomen une forme bilobée des plus insolites; et dans la troisième, le globe utérin gravide de six mois ne fut soupçonné que d'après la percussion profonde et les renseignements donnés par la malade sur l'état de sa menstruation.

Notons aussi, dans l'obs. IX, l'existence de circonvolutions intestinales aussi nettement dessinées qu'en cas d'obstruction et cela malgré l'apparition et la persistance d'une diarrhée profuse.

Le travail d'enfantement a succédé si rapidement aux phénomènes d'invasion de la péritonite épidémique, pour les effacer momentanément, que la description de cette dernière appartient véritablement à la forme puerpérale.

Les douleurs subites, atroces, et la mort au bout de vingt-quatre heures sont les seuls symptômes de la péritonite par rupture péritonéale de l'abcès de la trompe notés dans l'obs. IV.

M. NEPVEU (p. 19, *loc. cit.*) a retracé, outre les signes de la rupture du kyste ovarique dans la cavité abdominale, les symptômes de la péritonite aiguë ou subaiguë qui est la conséquence de cet accident. L'étude de cette inflammation, quand elle succède à la rupture de la matrice au terme de la grossesse, comme celle des péritonites partielles occasionnées par l'existence simultanée de gros kystes ovariques et de l'utérus gravide, est encore à faire.

La marche de la maladie a été variable, suivant plusieurs circonstances et, notamment, selon la nature de la cause

productrice et les moyens qu'emploie quelquefois la nature, ou ceux que nous mettons en usage pour la combattre.

Ainsi elle a été suraiguë, a amené la mort subite à la suite de la rupture, dans la cavité abdominale, d'un kyste ovarique trois cas de SPENCER WELLS ou, en vingt-quatre heures, par celle d'un abcès de la trompe (obs. IV) et, en trente-six heures, dans l'obs. XIII, par l'effet de la septicémie développée en même temps que la péritonite et la phlegmasie blanche.

Dans les deux observations (déjà citées) de nature épidémique, la marche a été également très rapide, servant pour ainsi dire d'intermédiaire entre la précédente et la suivante; les malades ont succombé au bout de six et de sept jours.

La péritonite *aiguë* a amené la mort en six (obs. VII), onze (obs. IX) et quatorze jours (obs. I); tandis qu'elle s'est terminée par la guérison, en onze jours, dans l'obs. III.

La marche *subaiguë* peut être de courte durée, quand l'inflammation est enrayée rapidement, soit par le traitement (obs. II et X), soit par l'expulsion spontanée du fœtus (obs. VIII et XI). Dans cette dernière observation, les accidents entéro-péritonitiques ont été enlevés comme par enchantement après l'avortement; ou bien, débutant peu de jours avant celui-ci, la maladie a une allure plus lente, reste localisée, sans réaction fébrile bien accentuée (obs. V et VI); mais, par suite même de sa durée, elle expose au développement d'affections secondaires (atrophie aiguë du foie et anémie profonde) qui amènent la mort. Ou bien, enfin, elle présente à son début une marche insidieuse, étouffée qu'elle est par une maladie plus grave, la fièvre typhoïde, par exemple (obs. XII), et ne semble commencer à devenir subaiguë qu'après la disparition de celle-ci.

C'est sans doute encore cette marche que doivent suivre les péritonites partielles adhésives qui se développent, d'après SCHRŒDER (p. 366, *loc. cit.*), pendant le cours de la grossesse dans les cas de gros kystes ovariques préexistants.

Les détails dans lesquels nous entrerons, en parlant de l'influence de la péritonite sur l'existence de la mère, nous

permettent de résumer, en quelques chiffres, les modes de terminaison observés : Six fois la guérison eut lieu par résolution ou par limitation (obs. II, III, VIII, X, XI et XII). Les sept cas terminés par la mort furent la conséquence soit de la péritonite (obs. I, IV, VII et IX), soit des complications de celle-ci (obs. V, VI et XIII); et, sur les 8 cas réunis par M. NEPVEU (*loc. cit.* p. 16), où la péritonite fut causée par la rupture de kystes ovariques dans la cavité abdominale pendant la grossesse, il y eut 5 morts.

### DIAGNOSTIC.

Il est pour ainsi dire classique, très facile à établir, quand la maladie est isolée, bien confirmée ou franchement suraiguë par perforation ; mais il n'en est pas de même, quand elle est compliquée, soit par une gastro-entérite aiguë (obs. XI), soit par les symptômes d'une fièvre typhoïde (obs. XII), soit par des accidents de septicémie et d'autres localisations abdominales (phlegmon du ligament large, etc. (obs. XIII), qui l'effacent plus ou moins complètement, au point de la faire méconnaître avant l'avortement (obs. XII), ou soupçonner seulement par l'extrême sensibilité du ventre à la palpation (obs. XIII), et en même temps par les vomissements (obs. XI); — ou aussi lorsqu'on est appelé à constater, avec les signes de la péritonite, l'existence d'une tumeur inflammatoire (obs. VIII) sur laquelle on manque de renseignements antérieurs.

Dans les cas où elle est accompagnée d'une métrite, d'un phlegmon pelvien ou d'une salpingite, développés souvent avant elle et sous l'influence de la même cause traumatique, on a, pour l'en différencier, outre les symptômes caractéristiques de la péritonite, les signes propres à ces maladies. Quant à la distinguer de ces différentes affections voisines, existant, du reste, très rarement à l'état d'isolement, c'est facile : dans la forme généralisée, par l'intensité de certains symptômes et notamment des vomissements, de la douleur.

par le siège de celle-ci, sa tendance à s'irradier à tout l'abdomen; et si elle reste localisée (partielle), il y a des signes pathognomoniques sur lesquels nous ne devons pas nous appesantir, une fois que l'avortement a eu lieu; car alors nous sommes en présence d'accidents péritonitiques puerpéraux proprement dits, qui ont été parfaitement décrits ailleurs, par M. Bernutz (*loc. cit.*, p. 206) entre autres.

Enfin, il faut aussi faire la part, dans certains cas, des phénomènes dus au travail prématuré de l'accouchement (obs. IX), qui peut provenir, comme la péritonite, de la même cause (traumatique ou épidémique), ou être déterminé plus tard par cette inflammation ou par ses complications.

## PRONOSTIC.

Le développement d'une péritonite chez la femme enceinte, même en dehors de toute épidémie puerpérale, est une circonstance doublement grave, et par l'influence possible de cette inflammation sur la grossesse, et réciproquement par celle de cette fonction sur elle.

I. L'INFLUENCE DE LA PÉRITONITE SUR LA GROSSESSE peut s'exercer non seulement pendant son cours, mais encore sur le travail d'expulsion prématurée du fœtus, qui en est trop souvent la conséquence.

*A*. Dans le cours de la grossesse, cette influence elle-même peut jouer un triple rôle : 1° sur la marche de la première : 2° sur l'existence de l'enfant et 3° sur la vie de la mère.

1° *Sur la marche de la grossesse.* — Cette inflammation, prise à temps, peut être enrayée par un traitement bien approprié, quel que soit le moment où en est arrivée la grossesse (comme le témoignent les obs. III et X, à 4 et à 8 mois et 3 semaines) et ne modifier en rien le cours de cette dernière, soit après menace (obs. III), soit même sans éveil d'avortement (obs. X); mais, malheureusement, jusqu'ici ce n'a été que l'exception. Et si cette influence a paru moins redoutable dans

les premiers mois, c'est qu'à cette période la péritonite trouve plus rarement les causes favorables et à sa naissance et à son développement, et peut-être aussi parce que, dans les cas d'avortements criminels, où elle provient de la même cause qu'eux, son influence sur le cours de la grossesse n'est pas mise en jeu d'une façon évidente ou n'est réellement que secondaire.

Mais quand la péritonite est bien confirmée et surtout si elle s'est généralisée, elle semble interrompre inévitablement la marche de la grossesse; semble, disons-nous; car nous verrons (p. 281) que ce n'est pas elle seule qu'il faut accuser de cet accident.

Cette interruption peut avoir lieu dans la péritonite par perforation d'une manière si subite que la mort de la mère ne laisse pas le temps à l'expulsion du produit de la conception de se faire. D'autres fois l'éveil du travail prématuré date du début des accidents (obs. VI et IX), en provenant de la même cause traumatique, ou ne survient qu'au bout de quelques jours (obs. II, V, VIII, XI et XII) pour se terminer en peu d'heures (obs. VII et XII), ou mettre plusieurs jours à s'accomplir (obs. VIII). Ce travail prématuré a été occasionné (1) autant, dans les obs. V et VI, peut-être plus, dans l'obs. IX (à en juger d'après la résistance vitale du fœtus), par le traumatisme et plus encore, dans les obs. XI et XII, par l'entérite simple et folliculeuse, que par la péritonite elle-même qui, dans l'obs. IX entre autres, n'a été tout au plus, par sa continuité, qu'une cause secondaire et qui n'existait sans doute à ce moment qu'à l'état hyperémique.

La péritonite pourrait certainement être accusée de cet éveil prématuré du travail dans les obs. I et VII; mais encore, dans toutes deux, la cause de cette inflammation est-elle restée inconnue. Il n'y a en réalité que les cas où elle a été primitive, occasionnée par la rupture d'abcès d'une trompe (obs. IV) et de

(1) Les observations II et XIII ne doivent évidemment pas entrer ici en ligne de compte.

kystes ovariens dans le péritoine et l'obs. VIII où, résultant secondairement de l'extension de l'inflammation d'une tumeur péritonitique, elle puisse être invoquée comme cause principale de l'avortement, soit par retentissement direct de l'irritation péritonéale sur les fibres musculaires de l'utérus, soit plutôt encore par réflexe, sans oublier toutefois l'action adjuvante possible des violentes secousses de vomissements sur l'éveil de l'avortement.

Nous ne connaissons pas l'influence qu'ont pu exercer sur la grossesse, comme sur le produit de la conception, les péritonites partielles, développées par la présence simultanée de l'utérus gravide et de gros kystes ovariques (1).

2° *Sur l'existence de l'enfant.* — Elle la compromet de deux façons, soit en déterminant l'expulsion d'un être vivant (obs. VIII, IX et XII), mais à un moment où il n'est pas encore viable et qui ne survit que peu d'heures ou quelques jours, soit en le faisant périr déjà dans le sein de sa mère.

D'après nos observations, elle lui serait d'autant plus préjudiciable que la grossesse est plus avancée. Dans les premiers mois au contraire, c'est la cause traumatique qui joue un rôle prédominant sur le produit de la conception, qu'il y ait avortement provoqué dans un but criminel, ou que la péritonite soit déterminée par la rupture d'un kyste ovarique.

Reprenant nos observations; sur 10 embryons ou fœtus dont on a noté le sort, nous en comptons 6 nés vivants, dont 2 à terme (obs. III et X), et 4 prématurément : 1 à 5 mois 1/2 (obs. VIII), 1 à 6 (obs. XII et 2 à 7 mois (obs. VII et IX), qui ne survécurent que quelques heures, deux et seize jours. Des 4 morts, qui furent l'effet de la maladie aiguë de la mère, 2 existaient dejà avant l'opération césarienne; chez l'un, à

(1) Et nous n'avons pas non plus assez d'observations pour juger de l'influence de la péritonite épidémique sur le cours de la grossesse; nous savons seulement que, dans les deux cas que nous avons cités, le travail suivit immédiatement les premiers symptômes d'invasion de la maladie.

8 mois (obs. IV), et chez l'autre, à terme (obs. XIII). Quant aux deux autres cas, appartenant l'un à un fœtus de 8 mois expulsé spontanément (obs. XI) et l'autre à un de 7, extrait artificiellement (obs. I), on ne peut certes pas davantage en accuser le travail; car les deux fœtus des obs. I et XI présentaient, à leur naissance, des signes de mort remontant déjà à un ou plusieurs jours.

Mais il y a d'autres causes que la péritonite qui ont été funestes au fœtus. Ainsi, dans l'obs. IV, la mort des deux jumeaux fut sans contredit le résultat de l'intoxication du sang maternel par la péritonite septique, due elle-même à la résorption d'une portion de l'épanchement purulent dans la cavité abdominale.

Celle du fœtus de l'obs. I a aussi été causée par une péritonite sans doute de nature infectieuse, à en juger d'après les symptômes présentés par la mère; l'enfant de l'obs. XIII a bien probablement subi l'influence de la septicémie, produite chez sa mère pendant les efforts violents de la matrice contractée presque tétaniquement, et la compression exercée par elle directement sur lui, par suite du manque d'eau amniotique, a pu certainement en hâter la fin.

Enfin, dans l'obs. XI, il est bien difficile de faire la part qui revient à l'entérite ou à la péritonite dans la production de la mort de l'enfant. Si l'on avait à se prononcer, la première certainement semblerait, par son intensité, avoir eu le plus d'influence.

Toutefois, dans aucune de nos observations, le traitement mis en usage contre la péritonite n'a pu être préjudiciable à la vie du fœtus.

Si la péritonite à elle seule n'a déterminé que deux fois la mort du fœtus, il n'en est pas moins vrai que sur 12 fœtus ou embryons (1), 10 ont été perdus soit par l'effet direct de la péritonite, soit secondairement par le fait de l'avortement, dû lui-

(1) Nous ne parlons pas de ceux des huit observations réunies par M. Nepveu (*loc. cit.*), dont nous ne connaissons pas le sort, quoiqu'il soit facile à présu-

même au traumatisme (obs. V, VI et IX), à la péritonite (obs. I, II, IV, VII et VIII), ou bien aux complications de cette dernière (obs. XI et XII).

3° *Influence de la péritonite sur la vie et la santé ultérieure de la mère.* — Si la péritonite a causé la mort de la mère soit avant, soit, plus ou moins rapidement, après la délivrance, elle peut aussi, heureusement, ne laisser à sa suite aucune trace, n'avoir pour l'avenir même aucune conséquence fâcheuse. Une grossesse ultérieure pourra, non seulement suivre son cours régulier (obs. XI), mais arriver à son terme normal, et l'accouchement se faire heureusement et avec rapidité (obs. VIII et XI). On peut cependant s'attendre à ce que les péritonites partielles éveillées par la présence de gros kystes ovariques, si elles n'ont pas semblé (jusqu'ici du moins) troubler sensiblement le cours de la grossesse, et par suite nuire au fœtus, laissent des adhérences qui ne seront pas à dédaigner, lors d'une ovariotomie jugée nécessaire plus tard.

Revenons à nos observations. Sur les 13 mères, 6 survécurent, dont 2 arrivèrent à terme (obs. III et X), et les autres avortèrent à 5 mois 1/2 (obs. VIII), à 6 (obs. XII), 7 ou 8 mois (obs. II), et 8 mois 1/2 (obs. XI), et, en supposant qu'on élimine l'obs. X comme trop favorable et les XI° et XII°, comme trop peu caractérisées, pour entrer en ligne de compte, il resterait 3 survies sur 10, c'est-à-dire près d'un tiers. Mais si nous poussons plus loin l'analyse, nous verrons que cette proportion n'est pas la véritable, que la péritonite, en un mot, n'est pas seule coupable de tous ces méfaits ; car nécessairement il faut éliminer d'abord l'obs. XIII, où la mort fut occasionnée par la septicémie concomitante développée en quelques heures pendant le travail (1) : puis, dans les 6 autres, 2 fois elle eut

mer ; ni des deux cas de péritonite épidémique, dont l'invasion fut suivie si rapidement du travail qu'elle n'eut pas le temps de nuire à l'enfant.

(1) L'absence de sang extravasé (du moins sur la sphère restreinte, visible pendant l'opération césarienne) dans la cavité péritonéale et dans les tissus périphériques à la portion de la paroi contuse, n'exclut pas l'idée d'une érosion,

lieu par péritonite suraiguë, soit avant la délivrance (obs IV), soit trois heures après (obs. I) et 2 autres fois encore par péritonite aiguë, trois (obs. VII), et huit jours (obs. IX) après l'avortement spontané, tandis que dans les 2 obs. 9e et 8e de M. BERNUTZ (obs. VI et V), elle fut déterminée cinquante et quatre-vingt-un jours après la fausse couche, par une maladie secondaire (atrophie aiguë du foie et anémie profonde) préparée, sans doute dans les deux cas, par la pelvi-péritonite subaiguë et surtout par la salpingite purulente.

Ainsi, en réalité, la péritonite ne causa la mort de la mère que 2 fois sur 10, et, en rappelant ici que M. NEPVEU (p. 16, *loc. cit.*), sur les 8 cas de rupture péritonéale de kystes ovariques pendant la grossesse, a noté 5 fois la péritonite mortelle, on voit que le 43e aphorisme d'HIPPOCRATE : « *Si mulieri prægnanti erysipelas in utero fiat, lethale* » ne s'est heureusement pas vérifié jusqu'ici dans sa décourageante rigueur.

La péritonite a été d'autant plus grave pour la mère que la grossesse était plus avancée. Cette gravité varie suivant différentes circonstances : 1° avec la nature de la cause productrice. Ainsi, avons-nous vu, la rupture d'un abcès de la trompe ou de kystes ovariques peut déterminer une mort rapide, avant même que la femme ne soit délivrée (obs. IV); mais une cause restée inconnue (obs. I), est capable quelquefois de produire des effets aussi désastreux que le traumatisme le plus violent (obs. XIII).

A en juger d'après ce fait d'observation, maintes fois constaté, que la gravité d'accidents puerpéraux est d'autant plus grande qu'ils se développent à une époque plus rapprochée de la délivrance, et aussi d'après les deux exemples déjà cités (p. 246), qui se sont rapidement terminés d'une façon funeste ; la péritonite épidémique, éclatant avant l'accouchement, serait très redoutable ; mais ici encore faudrait-il tenir grand compte des

d'une éraillure qui a ouvert une voie à l'absorption, par les lymphatiques, de liquide ou de gaz septiques provenant du mélange de méconium et d'eau amniotique.

localisations graves qui l'accompagnent (suppuration des trompes, dans la première et des ligaments larges, dans les deux).

2° La péritonite est aussi aggravée par la maladie qui peut la compliquer, l'étouffer même à son début, telles que l'entérite aiguë (obs. I, IX et XI), qui dans les obs. I et IX n'a pas peu contribué, avec la nature septique de la péritonite elle-même, à hâter l'issue funeste de la maladie ; telles encore que la fièvre typhoïde (obs. XII) et la septicémie (obs. XIII), ou bien l'effacer plus tard (obs. V et VI) par la gravité de ses symptômes (atrophie aiguë du foie et anémie profonde) et amener la mort un certain temps (le cinquantième et le quatre-vingt-unième jour) après l'avortement.

3° Enfin la gravité varie encore avec le degré d'extension de l'inflammation ; ainsi, comme toute péritonite généralisée traumatique en général, qui est presque toujours mortelle, elle ne perd rien ici de son extrême gravité (obs. I, VII et IX), tandis que quand elle reste localisée, soit à la région pelvienne (pelvi-péritonite) (obs. V et VI), soit aux hypochondres (obs. XI), soit aux ailerons des annexes (obs. VIII, X et XII), elle guérit ou aurait guéri sans doute s'il n'était survenu dans les obs. V et VI, après une certaine durée, les affections secondaires dont nous venons de parler.

L'influence de la péritonite n'a été fatale aux deux êtres à la fois que dans l'obs. IV, car, dans la XIII$^e$, la longueur et les difficultés inouïes du travail causèrent la mort de l'enfant aussi bien, sinon mieux, que la péritonite, que la septicémie elle-même ; et, dans les obs. V et VI, l'expulsion de l'embryon et par suite sa mort furent évidemment dues plutôt à l'action du traumatisme qu'à la péritonite elle-même.

B. — L'influence de la péritonite sur le travail d'expulsion prématurée du fœtus est difficile à apprécier, même dans nos observations, qui sont loin d'être toutes bien explicites à cet égard ; car ce n'est que dans les cas où la sage-femme (le médecin est rarement appelé à ce moment) a assisté aussi aux accouchements antérieurs qu'elle est à même de pouvoir

leur comparer la durée et le caractère douloureux du dernier travail.

La durée de deux ou trois jours dans les obs. VIII et IX (et encore ici l'influence de l'entérite n'effaçait-elle pas en partie celle de la péritonite) ne fut que de quelques heures dans la XII°, tandis que, dans d'autres, elle ne fut pas notée ou resta inconnue.

Scanzoni (p. 372, *loc. cit.*) prétend que le travail est rendu plus douloureux. Une seule fois (obs. IX) il parut l'être, en effet (de l'avis de la sage-femme), plus que les deux premières fois; et le fut à peine dans les obs. VII, XI et XII. Dans la XI°, la première période se fit insensiblement et la deuxième (en huit heures) fut bien moins douloureuse que les trois premières fois, les douleurs ayant été comme effacées par celles de l'entéro-péritonite. Dans l'obs. VIII, ces douleurs utérines, peu appréciables d'abord pendant deux jours, cessèrent pendant trois pour amener ensuite l'expulsion rapide du fœtus. Enfin, dans l'obs. I, il survint, pendant le travail, un affaissement général si grand et une inertie utérine telle que Mme Lachapelle fut obligée d'appliquer le forceps pour terminer l'extraction de l'enfant. Mais, dans aucun cas, la délivrance ne fut suivie d'hémorrhagie utérine.

II. Influence réciproque : 1° *de la grossesse sur la péritonite.* — L'état de grossesse imprime à la péritonite un caractère de gravité bien réel. Non seulement elle crée, comme nous l'avons vu, à cette inflammation des causes spéciales, mais nous pouvons ajouter franchement qu'elle la complique et d'autant plus gravement qu'elle est plus avancée elle-même.

Si nous n'avons pas trouvé de cas où les vomissements sympathiques du début aient augmenté la gravité de la péritonite, le repos absolu ayant sans doute mis fin à ceux-là comme dans le fait que nous avons relaté en note (p. 269), nous avons pu voir (p. 274) que, dans certains cas, le volume de la matrice exerce une influence évidente sur la persistance tantôt de la

constipation, tantôt de la diarrhée qui ont également disparu avec la déplétion de l'organe. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il y a des circonstances où la continuation de la grossesse n'est nullement défavorable à la guérison. Nos deux obs. III et X en sont la preuve. Dans d'autres, avons-nous vu, la péritonite prend une gravité tellement grande que l'avortement n'est qu'un incident tout à fait secondaire. Et enfin l'étude de nos observations répond que, quand l'avortement spontané a eu lieu, sur 7 cas, trois fois (obs. I, VII et IX) il n'a pas empêché l'évolution de la péritonite ni la mort de la mère.

2° *Du travail d'expulsion prématurée sur la péritonite.* — L'éveil simultané de l'avortement et de la péritonite (obs. V, VI et IX) a paru une circonstance grave, parce qu'il fut l'effet d'une cause violente. Ainsi la péritonite a eu une issue rapidement funeste dans l'obs. IX, et, quoique de forme subaiguë dans les V^e^ et VI^e^, elle a donné lieu à des affections secondaires qui ont amené finalement le même résultat.

Rien ne prouve, comme SCANZONI le croit possible (p. 372, *loc. cit.*), que les tiraillements du péritoine par les contractions utérines augmentent l'inflammation. L'avortement que DÉSORMEAUX et PAUL DUBOIS (1) regardent surtout comme une complication funeste des maladies aiguës, lorqu'elles sont accompagnées d'une grande faiblesse, a non seulement augmenté d'une façon évidente l'affaiblissement, mais hâté la fin de la malade de M^me^ LACHAPELLE (obs. I) et a laissé, après lui, la femme de l'obs. VII dans une prostation profonde, par suite sans doute de son extrême rapidité et du vide abdominal subit qui en fut la conséquence. Il n'a pas eu au contraire d'effet sensiblement appréciable dans les obs. IX et XII ; tandis que, dans les VIII^e^ et XI^e^, la cessation des accidents, après l'expulsion du produit de la conception, a été des plus remarquables.

Dans les deux cas de péritonite épidémique, l'influence du

(1) *Dictionnaire de médecine ou Répertoire général des sciences médicale* t. IV, p. 388, 1836.

travail (facile dans le premier, long et terminé par le forceps dans le second) ne put être appréciée ; car la maladie continua, après lui, sa marche fatale.

## TRAITEMENT.

La conduite du médecin dépend évidemment de plusieurs circonstances : du moment de la maladie où il est appelé ; de son intensité et de sa forme ; de la nature de la cause ou de la maladie primitive qui lui ont donné naissance et enfin de l'époque où en est arrivée la grossesse.

En général il faut combattre le plus tôt possible par les sangsues, les calmants et le repos absolu, les douleurs utérines ou périutérines accompagnées de fièvre, signes de métrite, de salpingite ou de phlegmon pelvien, qui éclatent pendant la grossesse, avant l'apparition de la péritonite.

Quand celle-ci s'est déclarée, on doit agir différemment, suivant qu'on a affaire à l'une ou à l'autre des trois formes suraiguë, aiguë ou subaiguë ; mais il faut toujours se guider sur ce principe : n'employer contre la péritonite que des moyens qui ne nuisent ni à la mère, ni à la grossesse, ni au fœtus.

Dans la forme *suraiguë* par perforation, rarement les antiphlogistiques, les sangsues en particulier, trouvent leur indication. Ce sont les narcotiques à haute dose, avec le repos absolu, qui offrent la seule chance de salut, soit en pilules d'extrait d'opium (de 0 gr. 05 toutes les deux ou trois heures), soit en injections hypodermiques répétées de chlorhydrate de morphine (de 0 gr. 01), si l'état de l'estomac ne supporte pas les premières, malgré l'ingestion simultanée de pilules de glace et les applications de même nature sur le ventre.

Dans la forme *aiguë*, si l'on est appelé de bonne heure, au premier éveil de la douleur initiale, ayant pour siège ordinaire la région sus-inguinale, il faut essayer, bien qu'on y parvienne rarement, d'enrayer l'inflammation par l'application, sur le point douloureux, de sangsues en nombre modéré

(8 à 10), mais dont on fait couler les piqûres convenablement suivant l'état du sujet, et le degré d'intensité du mal. Et, en même temps pour calmer les douleurs, on donnera de petites pilules d'extrait d'opium (de 0,01 ou 0,02, une toutes les deux heures), qui sont ici généralement bien supportées malgré les vomissments, et cela au risque de produire ou d'augmenter la constipation à ce moment.

Quant aux saignées, il est bien rare d'en trouver l'indication formelle, c'est-à-dire de rencontrer une véritable pléthore sanguine pendant la grossesse. Si elles atténuent momentanément les phénomènes généraux, comme dans l'obs. III, elles ne combattent pas la douleur et par suite ne diminuent pas la congestion locale, aussi bien que le font les sangsues; et, si c'est à simple titre de déplétifs, de dérivatifs, qu'on les emploie, elles ne remplissent plus le but antiphlogistique que l'on se propose, et elles ont de plus l'inconvénient d'enlever à la femme des forces qui pourront lui être bien nécessaires, après l'expulsion du fœtus, surtout quand la maladie prend un caractère adynamique, comme dans les obs. I, IX et XI.

Le lendemain ou le surlendemain, on peut encore revenir à une deuxième application de sangsues, si les douleurs spontanées ne se sont pas suffisamment calmées; mais il ne faut pas user davantage de ce moyen.

Nous avons dit qu'il était rare d'enrayer l'inflammation comme dans l'obs. X. Ainsi le traitement antiphlogistique, même employé de bonne heure (obs. VIII) et assez énergiquement (deux applications de sangsues et une saignée, dans l'obs. III), n'a été d'aucune efficacité contre la péritonite, mais il semble avoir agi, favorablement dans cette dernière, contre la congestion utérine et, par suite, empêché l'éveil du travail d'avortement; ce sont les frictions mercurielles qui parurent ici seules venir à bout de l'inflammation. Dans les obs. II et VIII l'avortement a eu lieu malgré les émissions sanguines, et dans l'obs. IX les sangsues appliquées tardivement ne purent empêcher l'extension du mal.

Mais il est des circonstances où les sangsues elles-mêmes sont moins utiles ou formellement contre-indiquées. Ainsi, quand, dans la forme *subaiguë*, on est appelé tardivement, alors que la maladie est confirmée, qu'il y a tumeur appréciable, il est bien rare (obs. VIII) que l'on trouve encore l'indication d'appliquer quelques sangsues pour essayer d'arrêter l'extension des poussées inflammatoires de la tumeur péritonitique au reste de la séreuse abdominale; et encore y réussit-on réellement? Cette observation elle-même prouve qu'elles ne furent plus d'aucune efficacité. A ce moment, les frictions mercurielles belladonées sont encore utiles. Plus tard, le vésicatoire volant, les onctions iodo-iodurées, les badigeonnages iodiques, achèveront de faire dissoudre l'induration qui précède la résolution définitive.

La généralisation de la péritonite, l'état de prostration, d'adynamie produite soit par la diarrhée (obs. XI), soit par la péritonite septique (obs. I et VII), ou par la septicémie qui peut accompagner le développement de phlegmasies abdominales multiples (obs. XIII), de même que la nature de la maladie primitive causant l'altération du sang [fièvre typhoïde (obs. XII) ou puerpérale épidémique (obs. citées)], toutes ces circonstances en un mot contre-indiquent formellement les sangsues, qui seraient non seulement inutiles, mais certainement nuisibles.

Dans ces formes adynamiques, il faut des antiphlogistiques non spoliatifs, comme les applications froides ou mieux de glace sur le ventre, surveillées d'une façon attentive, puis, et en même temps déjà, les onctions mercurielles belladonées souvent et largement répétées jusqu'à salivation, sans crainte d'influence fâcheuse sur la marche de la grossesse, comme l'obs. III et plusieurs autres également de M. J. Mazade (1) le témoignent suffisamment.

Mais quand la marche de la maladie fait redouter une issue rapidement funeste et dans la forme généralisée surtout, nous

(1) Numéro du *Bull. gén. thérap.*, déjà cité, p. 206.

préférerions à ces moyens trop lents à agir des révulsifs énergiques, comme un large vésicatoire ammoniacal (1) et les cautérisations ponctuées sur l'abdomen. Le premier, malgré la douleur souvent bien vive que provoque momentanément son application, et certainement plus grande que celle de la vésication cantharidienne, lui est bien préférable et par sa rapidité d'action et par son innocuité sur les reins et sur la vessie (2).

Quant aux cautérisations ponctuées (3), nous ne doutons pas qu'un jour elles trouvent ici (comme dans les cas d'infiltration purulente sous-péritonéale diffuse, suite de traumatisme obstétrical considérable) une utile application, grâce à leur action à la fois rapide, énergique et aussi directe que possible sur le siège du mal.

Contre l'altération du sang dont il a été question plus haut, nous donnerions à l'intérieur le sulfate de quinine (0 gr. 10 toutes les deux heures, jusqu'à effet quinique) ou l'acide phénique en pilules (4), avec l'extrait de quinquina, les cordiaux;

---

(1) Non pas avec la pommade de Gondret, mais par l'application *loco dolenti*, d'un morceau de drap de la grandeur voulue et imbibé d'ammoniaque pure. En une demi-heure généralement, une vésication suffisante est produite; on pourrait en adoucir les effets douloureux, mais en nuisant à la rapidité d'action, par l'addition à l'ammoniaque concentré d'huile camphrée (Guépin). *Nouveau formulaire magistral de Bouchardat*, p. 248, 20e édit., 1876.

(2) Nous avons eu plusieurs fois recours, avec avantage, à ce vésicant, dans certains cas de pneumonie, soit que la gravité extrême des accidents ait réclamé une action rapide, soit que le sujet ait eu une disposition très grande à la cystite.

(3) Qu'une seule fois nous avons employées avec notre confrère le Dr Job, dans un cas désespéré de péritonite généralisée, conséquence d'une vaste hématocèle intra-péritonéale; nous n'en tirâmes aucun profit, mais elles nous parurent bien moins douloureuses que nous nous y attendions.

(4) L'administration en pilules de M. P. Lucas-Championnière (*Journ. de méd. et chir. prat.*, janvier 1881, p. 15) permet de donner des doses de 1 gr. à 1 gr. 50 en vingt-quatre heures. La pilule est ainsi composée : acide phénique cristal., 0 gr. 10; gomme arabique, poudre de réglisse et savon ââ q. s.). Le même article (p. 14) relate que M. Siredey, avec 0 gr. 60, a obtenu un beau résultat. Avant eux, nous avons donné ce médicament en potion à deux malades

et, si l'estomac était trop irritable ou trop affaibli pour supporter l'un ou l'autre des deux antiseptiques que nous venons de citer, nous essayerions au même titre les injections sous-cutanées de bromhydrate de quinine, dussent-elles même produire quelquefois des eschares, comme cela est arrivé à M. SOULEZ (1), et peut-être très exceptionnellement le tétanos, dont ont été passibles quelques injections de sulfate de quinine, relatées dans le *Bulletin général de thérapeutique* (t. XC, p. 528 et XCI, p. 45, entre autres).

Après avoir essayé d'enrayer, ou tout au moins de combattre l'inflammation et les causes d'altération du sang, il paraît encore bien rationnel d'attaquer les autres symptômes de la maladie. Ainsi les douleurs ont été calmées par les antiphlogistiques et les narcotiques; les vomissements le seront encore par ces derniers, associés à la glace *intus* et *extra*. Jusqu'ici le traitement ne peut nuire ni à la grossesse ni au produit de la conception. En sera-t-il de même si l'on agit contre la diarrhée et la constipation quand elles sont trop opiniâtres ?

Quoique la diarrhée appartienne généralement à une péritonite de forme très grave, généralisée ou compliquée d'une autre affection, auprès de laquelle l'avortement ne semble qu'un épiphénomène ; il est bon de mettre tout en œuvre pour l'atténuer, de façon à ménager les forces des malades, mais malheureusement les antidiarrhéiques sont connus, dans ces cas, le plus souvent inefficaces.

---

qui l'ont bien supporté : l'un atteint de fièvre typhoïde et l'autre de miliaire grave ayant débuté dans un milieu scarlatineux avant un accouchement des plus laborieux (présentation de la face, menton en arrière ; application du forceps au détroit supérieur ; pendant trois jours, pouls à 150, etc.). S'ils ont guéri tous deux, faut-il l'attribuer à l'acide phénique ? Nous ne nous permettons pas de répondre ; mais, à l'avenir, nous nous proposons de remplacer par des pilules cette préparation qui a une odeur des plus repoussantes.

(1) *Bull. gén. de thérap.*, p. 380, t. XCI, 1876. La dose quotidienne est de 0,10 à 0,20 et la formule de la solution : bromhydrate de quinine neutre, 1 gr. ; eau distillée, 6 cc. et alcool, 4 cc., de sorte que 1 gr. de la solution renferme 0 gr. 10 de ce sel,

Il n'en est pas de même quand il y a constipation et menace d'avortement; les opiacés peuvent, comme le témoigne l'obs. VIII, enrayer et retarder ce dernier. Par contre, on peut se demander si, en recourant aux lavements purgatifs (séné, sulfate de soude, etc.), les laxatifs ne suffisant pas, ou n'étant plus supportés par l'estomac, on ne contribuera pas (obs. VIII à hâter l'avortement.

Nous essayerons, par nos observations, de répondre à cette question, en nous occupant des deux suivantes : Devra-t-on chercher à empêcher l'avortement, ou au contraire à le faciliter, à le provoquer même ?

Il n'y a pas d'hésitation à avoir, quand le travail s'éveille avec la péritonite par l'effet de la même cause ; car les moyens mis en usage (sangsues, calmants, repos absolu) pour combattre l'inflammation conviennent également bien contre l'avortement. Les frictions mercurielles, avons-nous dit, ne nuisent pas non plus à la grossesse. Il n'y a que les purgatifs, s'ils étaient trop énergiques, qu'on pourrait accuser et redouter. Que nous apprennent nos observations à ce sujet ? Les femmes des III[e] et X[e] ont guéri sans avortement, c'est l'idéal réalisé, mais il l'est bien rarement. Dans la XI[e], l'accouchement fut suivi d'une détente subite des accidents abdominaux et, dans la VIII[e], les phénomènes inflammatoires subirent des changements successifs bien remarquables, d'amendement, de réapparition et de continuité, puis de disparition rapide avec l'éveil, l'arrêt du travail, et enfin l'expulsion du produit de la conception ; mais rappelons-nous qu'au côté gauche de la matrice était accolée une tumeur qui pouvait bien causer la gêne mécanique de la circulation intestinale. Bref, ces deux observations nous permettent tout au plus de dire que cette terminaison est quelquefois désirable quand elle a lieu spontanément et que nous ne devrons rien faire, en pareille occurence, pour l'empêcher de s'effectuer.

Quant à provoquer l'expulsion prématurée du fœtus, dont la question d'opportunité ne pourrait évidemment se poser que lorsque la vie de la mère est gravement menacée, au-

cune de nos observations n'y autoriserait; d'abord pas même les deux que nous venons de rappeler. Voyons les autres.

Dans certains cas l'avortement provoqué criminellement débute (obs. V, VI et IX) avec la péritonite et a lieu inévitablement : il est par conséquent inutile d'y aider.

Si l'accouchement prématuré spontané (obs. VII et IX), même aidé du forceps appliqué par des mains habiles (obs. I), n'a pas sauvé les malades, c'est qu'alors, avons-nous déjà dit, l'interruption du cours de la grossesse était un incident tout à fait secondaire, comparativement à la gravité extrême de la péritonite, qu'aucun traitement ordinaire (sangsues, frictions mercurielles, opiacés, vésicatoires etc.) n'avait pu juguler; véritable péritonite septique, comme la désignent MM. Follin et Duplay (*loc. cit.* p. 720), paraissant liée à la septicémie aiguë qui résulte elle-même de la résorption de produits de secrétion altérés; autant de cas encore où l'avortement était inutile. Mais pour être efficace, pourra-on objecter, il eût fallu le provoquer plus tôt, avant que la maladie n'ait pris une gravité semblable à celle de ces trois cas. Admettons-le pour un instant : celui de faire observer combien on devra tenir compte des accidents dont sont passibles, même sur la femme enceinte bien portante, les opérations les plus habilement dirigées pour provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré artificiel. A plus forte raison, les moyens mis en usage, en apparence les plus inoffensifs, ne seraient-ils pas plus aggravants, n'ajouteraient-ils pas une nouvelle cause d'inflammation à celle qui existe déjà et, quoique nos observations soient loin d'être assez nombreuses pour trancher définitivement cette importante question, nous ferons enfin remarquer la fréquence (10 sur 12), l'imminence presque certaine, pourrions-nous dire, de l'avortement spontané, quand la péritonite est confirmée, et par suite l'inutilité d'augmenter la gravité des accidents. Ainsi, jusqu'à preuve du contraire, nous resterons fidèle au principe que nous avons énoncé : combattre la péritonite sans nuire ni à la mère, ni à la grossesse, ni au fœtus; principe d'accord du

reste avec celui qu'ont érigé en précepte des maîtres aussi autorisés que MM. STOLTZ (1) et TARNIER (2), dans le traitement des maladies aiguës en général dont la femme enceinte peut être affectée.

## APPENDICE.

En juin dernier, plusieurs mois après l'envoi de notre manuscrit à M. le Dr LEBLOND, nous avons eu encore la triste occasion de constater une péritonite qui débuta pendant le travail de l'accouchement; et amena la mort dix jours après ce dernier. C'est donc sous forme d'appendice, auquel notre obligeant et honorable confrère veut bien encore donner place dans ce journal, que nous relatons ici les points saillants de ce nouveau fait avec les quelques réflexions qu'il nous a suggérées.

### OBSERVATION XIV.

*Développement d'accidents péritonéaux pendant le travail de l'accouchement (à sept mois d'une grossesse trigémellaire); obstacle indéterminé nécessitant l'intervention obstétricale; brièveté du cordon; détente momentanée après la délivrance; émotion violente; aggravation et mort le dixième jour des couches.*

Mme B..., âgée de 28 ans, mariée le 14 novembre 1882, habitait un des quartiers les plus salubres de Lunéville, où il n'existait au printemps dernier aucune influence épidémique ni puerpérale ni érysipélateuse, ni même scarlatineuse. Toujours bien menstruée, elle le fut pour la dernière fois du 10 au 13 du mois de son mariage et conçut, sans doute, le lendemain ou les jours suivants (à en juger ultérieurement par les dimensions des 1er et 3e fœtus, qui présentaient largement un développement de 7 mois). Vers six semaines de cette première grossesse, vomissements glaireux, et, dans son cours, inappé-

(1) *Nouv. dict. de méd. et chir. prat. Pathologie de la grossesse*, t. XXVII, p. 73, 1873.

(2) Cazeaux et Tarnier. *Traité théor. et prat. de l'art des accouchements*, p. 441, 1870.

tence, tristesse profonde et privation d'une nourriture substantielle ; mais jamais de douleurs abdominales.

Le 23 juin 1883, vers 1 heure de l'après-midi, elle était chez une voisine quand, subitement et sans cause connue, elle fut prise de douleurs de ventre et de reins, rentra pour s'aliter et perdit un peu d'eau amniotique. Ces douleurs et cet écoulement continuèrent d'une façon intermittente. La sage-femme constata, le soir, un commencement de travail d'enfantement ; mais ce ne fut que le lendemain soir, vers 5 heures, qu'on m'appela et d'une façon pressante. Je trouvai une femme bien constituée, mais pâle avec la peau sèche et brûlante, une soif ardente, des vomissements presque incessants (plus de soixante depuis 11 h. du matin et dont les derniers sont franchement porracés). J'appris postérieurement que la matrone, croyant, à tort, hâter le travail, avait commencé, vers 1 heure, à lui donner du seigle ergoté (1 gr. en 5 paquets).

Je reprends la description : le pouls est vif (120); les parties génitales, chaudes et sèches ; les contractions utérines, très douloureuses et fortes, mais sans effet, pendant lesquelles je sens une tête fœtale plongeant dans l'excavation et présentant une large fontanelle, en avant et à droite, mais rien dans la conformation du bassin ni dans l'état du col, qui explique pourquoi cette tête ne descend pas. Le globe utérin, douloureux comme le reste du ventre, à la pression et même dans l'intervalle des contractions, présente une forme assez régulièrement trilobée ; la palpation y constate en effet trois grosses parties semblables, résistantes, bien nettement arrondies : une suspubienne et les deux autres, au fond de l'organe.

Jugeant la dilatation du col suffisante et l'intervention nécessaire, j'applique le forceps de Dubois, j'extrais facilement la tête, puis les épaules ; mais les tractions, exercées sous les aisselles, n'amènent pas le reste. Je m'aperçois seulement que le cordon, fortement tendu, et se réfléchissant sur une épaule, est la cause la plus probable de cet obstacle ; je le coupe et je termine facilement l'extraction d'un fœtus flasque et ne donnant plus signe de vie. — Après quelques instants de repos, survient une perte de sang rouge clair, assez forte pour m'engager à ramener successivement, par les pieds, les deux autres fœtus, morts également tous deux, et dont les cordons mesurent à peine 0 m. 22 et 0,25, tandis que celui du premier n'atteint que 0 m. 20. Le placenta, volumineux et double, ne présente pas trace d'inflammation ni même d'hémorrhagie récente.

Laissant de côté les détails qui seraient inutiles ici, j'ajouterai seulement qu'il n'y eut pas de perte utérine consécutive ; les vomissements cessèrent dès le moment de mon intervention, supportée avec beaucoup de courage, et après elle il sembla se faire une détente dans les phénomènes douloureux et fébriles (P. à 116); la nouvelle accouchée put prendre avec plaisir et bien supporter du lait et du bouillon. — L'état resta le même, à part une rétention d'urine (cathétérisme), le lendemain, et de l'insomnie les deux nuits suivantes. Peut-être même aurait-elle survécu, sans une émotion violente qu'elle eut, en voyant une voisine battue par son mari, et à la suite de laquelle la fièvre, accompagnée de plusieurs frissons intenses, devint plus forte que jamais.

(Pouls à 144, le 28, matin;) les lochies, fétides et les selles, diarrhéiques et nombreuses; mais, malgré cela, pas de douleurs abdominales spontanées, matrice bien contractée et paraissant insensible à la palpation. — Le sulfate de quinine, à doses fractionnées (1 gramme environ par vingt-quatre heures), amena une diminution marquée, mais passagère de la fièvre; le pouls de 144 et 136 avec 41° de température descendit à 120, le soir du 29 (délire quinique). — Le 30, recrudescence des phénomenes fébriles ; tympanisme et persistance de la diarrhée (malgré les opiacés et la suspension de la quinine). — Le 1er juillet, réapparition des vomissements (d'aliments seulement), et augmentation du ballonnement du ventre. Transportée, le soir du même jour, à l'hôpital, dans le service de mon confrère, M. le Dr T. Saucerotte, la malade y passa, me dit-elle le lendemain, sa meilleure nuit depuis sa délivrance. Les jours suivants, fièvre modérée (pouls à 116) ; mais nausées fréquentes, sans vomissements ; faiblesse progressive ; muguet ; grande sensibilite du ventre à droite ; ballonnement exagéré (circonvolutions intestinales très nettement dessinées) ; pouls à 118, petit, mais non jamais serré ; et, malgré les cordiaux, collapsus et mort le 6.

Il ne me fut pas possible de faire l'autopsie.

Cette observation, malgré quelques lacunes indépendantes de notre volonté, présente, comme on le voit, des particularités qui ne sont pas sans intérêt.

Ainsi, à part de l'inappétence, une profonde tristesse et une alimentation mauvaise et insuffisante, et encore, était-ce bien loin de la misère, de cette détresse qu'on a citée comme une

cause prédisposante de la fièvre puerpérale, nous ne trouvons rien, dans cette histoire, qui nous autorise à penser que cette femme était atteinte de péritonite déjà avant l'éveil du travail de l'accouchement.

Elle habitait un assez bon logement, exposé au couchant, sur un jardin, et ce printemps il n'existait dans notre ville aucune influence épidémique. Elle prétend n'avoir reçu ni ne s'être donné, dans ces derniers temps, aucun coup sur le ventre, ni fait de chute ou d'effort violent, ayant pu lui causer quelque douleur abdominale. Aucune tentative, que nous sachions, n'a non plus été exercée pour la délivrer avant notre arrivée. Enfin la masse placentaire ne présentait pas trace d'inflammation. La péritonite que nous avons constatée, vingt-six heures après la rupture de la poche, ne peut donc être accusée d'avoir provoqué ce travail prématuré. Mais il existait, chez la parturiente, une cause d'avortement depuis bien longtemps reconnue comme une des plus puissantes, la grossesse multiple, et qui elle seule suffit à l'expliquer.

Un obstacle indépendant de l'état du col et de la conformation du bassin, provenant probablement du ou des fœtus, fait traîner le travail en longueur, malgré des contractions énergiques. Ce n'est qu'en extrayant le premier fœtus que nous croyons en trouver la cause principale dans la brièveté de son cordon, tout en tenant compte cependant du peu d'action que le fonds de l'utérus, gêné par les deux autres têtes, devait avoir pendant les contractions, sur le premier fœtus, contre lequel ne portaient que les petites parties de ses deux congénères.

Ces efforts n'ont d'autre effet que de fatiguer l'organe qui en est le siège et de froisser sans doute le péritoine qui le revêt. Aussi, vingt-deux heures après la rupture spontanée de la poche, apparaissent des vomissements fréquents, comme symptôme initial de la péritonite, les douleurs abdominales étant certainement confondues par les assistants avec les contractions utérines.

Quant à dire qu'elle a été le point de départ de cette inflammation, c'est impossible; car, à notre arrivée, tout le ventre

était douloureux, et ce n'est que le troisième jour après la délivrance (les deux premiers, il était remarquablement indolore), qu'une légère sensibilité fut réveillée à la pression de l'angle gauche de la matrice, et que les lochies devinrent fétides (métro-péritonite). L'autopsie n'eut sans doute pas permis non plus, vu le temps écoulé depuis l'éveil de l'inflammation, d'en retrouver les traces primitives, qui, à ce moment devaient être étouffées par les progrès de la maladie.

Le seigle ergoté administré par l'impatiente matrone, dans le but de hâter le travail, ne fait que le compliquer et aggraver en même temps l'inflammation péritonéale que nous reconnaissons, six heures plus tard, par ses symptômes compliquant ceux du travail, tels que fièvre, vomissements incessants porracés, ventre douloureux à la palpation et dans l'intervalle des contractions très douloureuses elles-mêmes.

Nous nous trouvons, en un mot, en face d'une parturiente présentant un état analogue, mais à un degré moins avancé, à celui du sujet de l'obs. XIII. Ces deux malades, par l'effet seul d'un travail énergique, mais impuissant, laissé chez l'une, à lui-même, surexcité chez l'autre par le seigle ergoté, nous rappellent ces malheureuses femmes surmenées, suivant l'expression de M. Depaul, par un long travail et des tentatives obstétricales impuissantes, et qu'on transporte aux services d'accouchements où, malgré l'habileté et les soins éclairés des accoucheurs qui parviennent à les délivrer, elles succombent le plus souvent aux suites de lésions inflammatoires multiples (péritonite, infiltration purulente, diffuse, sous-séreuse, etc.).

La gravité de cet état et l'impuissance des efforts de la nature et du seigle ergoté réunis, indiquaient bien la nécessité d'intervenir. Comme on l'a vu, cette intervention parut produire une détente favorable ; mais une émotion violente vint malheureusement rallumer la fièvre, à laquelle succédèrent des phénomènes adynamiques et la mort.

---

# INTRODUCTION DU MANUEL DU Dr WINCKEL

Professeur à la Maternité de Dresde.

SUR

# LA PATHOLOGIE ET LA THÉRAPEUTIQUE DES SUITES DE COUCHES

*Traduit de l'allemand par le Dr* A. Ribemont-Dessaignes, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Paris, accoucheur de l'hôpital Tenon.

(suite et fin) (1).

Pour connaître les différentes affections engendrées par les causes que nous venons d'indiquer et apprécier leur fréquence relative, on pourrait établir une statistique à ce double point de vue en relevant le nombre et la nature des affections puerpérales qui figurent dans les registres des grandes maisons d'accouchement. Malheureusement ces registres sont pour la plupart incomplets à cet égard, ainsi qu'il appert suffisamment des recherches statistiques de Sukel (2). Les chiffres fournis ne peuvent être considérés comme absolus, car au cours d'une épidémie sérieuse d'accidents puerpéraux, tel ou tel accident se produit avec une fréquence exagérée, et de beaucoup supérieure à ce qu'elle eût été en dehors de cet état épidémique. On ne peut éviter cette cause d'erreur qu'en prenant soin de ne relever que les affections qui, pendant de longues années, ont été observées dans une Maternité, laissant de côté les années frappées d'épidémies puerpérales.

Or, cela est impossible avec les registres statistiques dont nous venons de parler ; aussi me suis-je borné à établir quelle a été la fréquence des maladies des organes génitaux et des mamelles observées à la Maternité de Rostock en l'espace de vingt-huit ans.

(1) Voyez *Annales de gynécologie*, septembre 1883.

(2) *Schmidt's Jahrbücher*. Bd. 88, p. 111.

De 1836 au 1er octobre 1864, il s'est fait 933 accouchements: 816 observations des suites de couches sont consignées sur le registre (1).

Nous y voyons notées :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Déchirure du périnée | | 78 | cas. |
| 2 | Affections du mamelon | | 71 | — |
| 3 | Abcès (ulcères) puerpéraux | | 59 | — |
| 4 | Hémorrhagie | | 51 | — |
| 5 | Mammite | | 50 | — |
| 6 | Endométrite | | 41 | — |
| 7 | Ischurie | | 30 | — |
| 8 | Péritonite | | 29 | — |
| 9 | Erosions et ulcères de l'orifice du col | | 29 | — |
| 10 | Déplacements des organes génitaux | | 27 | — |
| 11 | Métrite : | | | |
| | Avec thrombose des vaisseaux lymphatiques | 10 fois. | | |
| | Avec thrombose des veines | 4 — | | |
| | Avec phlegmatia alba dolens | 1 — | | |
| | Avec paramétrite | 14 — | | |
| | | 29 fois. | 29 | — |
| 12 | Manie | | 4 | — |
| 13 | Eclampsie | | 2 | — |

Il y eut à noter en outre encore 45 maladies qui n'étaient pas en rapport direct avec la puerpéralité : 11 cas de fièvre intermittente, 4 cas de typhus, 7 cas de fièvre gastrique, 1 fois de la gastralgie intermittente, 1 fois le choléra asiatique, 3 fois une bronchite aiguë, 2 fois un rhumatisme articulaire aigu, 2 fois des tubercules pulmonaires, 1 fois du purpura, 1 fois des abcès ganglionnaires, 2 fois de la dysentérie, 1 pneumonie, 4 érysipèles, 3 scarlatines, 1 cas de maladie de Werlhoff, 1 périnéphrite avec abcès du psoas.

(1) Brummerstaedt. *Bericht über die Rostocker Central-Hebammen-Lehranstalt.* — *Rostock*, 1866, p. 129-130.

Si nous laissons de côté ces affections, il y a en tout 500 accouchées malades, soit environ les 5/8 des femmes secourues.

Il succomba, en 28 ans, 21 femmes, soit 3,36 p. 100.

A ces observations, j'ajouterai les suivantes, qui ont été prises par moi-même sur 1,019 accouchées, 1874, à l'Institut obstétrical de Dresde. Elles complètent les précédentes, d'autant mieux qu'elles sont contrôlées par mes observations et qu'elles ont été réunies à une époque où la mortalité à l'Institut était seulement de 1,2 p. 100; aussi la forme des affections est-elle encore plus détaillée.

Je pourrais encore prouver ici avec de gros chiffres la grande morbidité des accouchées, car depuis que je suis à la tête de la Maternité de Dresde, 5,000 femmes accouchées y ont été traitées par moi; cependant l'état sanitaire, excellent cette année-là, m'engage particulièrement à la choisir pour démontrer, qu'en dehors d'une véritable infection, des maladies extraordinairement nombreuses se produisent chez des accouchées qui paraissent, d'ailleurs, bien portantes.

Parmi les 1,019 accouchées que j'ai mentionnées, se trouvaient :

### I. — Affections de la vulve.

| | | |
|---|---|---|
| Déchirures du périnée qui réclamaient des sutures se presentèrent | 126 | fois. |
| Œdème de quelques parties de la vulve... | 145 | — |
| Abcès, ulcérations de quelques parties de la vulve | 48 | — |
| Thrombus de la vulve | 3 | — |
| Ulcérations syphilitiques de la vulve...... | 2 | — |
| Gangrène du périnée | 1 | — |
| Fistule périnéale | 1 | — |
| Perforation d'une nymphe | 1 | — |
| Hernie inguinale labiale | 1 | — |
| | 328 | fois = 31,7 0/0. |

## II. — Affections du vagin.

| | |
|---|---|
| Ulcérations du vagin | 10 fois. |
| Déchirures | 7 — |
| Fistules vésico-vaginales | 2 — |
| Brides cicatricielles | 3 — |
| Gangrène du vagin | 1 — |
| | 23 fois = 2,2 0/0. |

## III. — Affections de l'utérus et de ses annexes.

| | |
|---|---|
| Ulcérations des deux lèvres | 15 fois. |
| Rupture de l'organe | 1 — |
| Paramétrite exsudative | 39 — |
| Lochiométrie | 82 — |
| Lochies fétides | 130 — |
| Endométrite et pyohémie | 5 — |
| Métro-péritonite | 7 — |
| Lymphangite | 2 — |
| Rétroversion, ou plutôt rétroflexion de l'utérus | 8 — |
| Septicémie | 3 — |
| Hémorrhagies utérines pendant les neuf premiers jours | 21 — |
| Lochies tardivement sanguinolentes | 34 — |
| Rétention de débris de placenta ou de membranes | 4 — |
| Lambeaux de membranes spontanément expulsées | 15 — |
| Sérosité dans l'abdomen | 70 — |
| | 414 fois = 40,6 0/0. |

## IV. — Affections des ovaires.

| | |
|---|---|
| Affections des ovaires | 1 fois. |
| Tumeurs de l'ovaire | 1 — |
| | 2 fois = 0,11 0/0. |

### V. — Affections de la vessie et de l'urèthre.

| | | |
|---|---|---|
| Ischurie | 206 | fois. |
| Incontinence d'urine | 3 | — |
| Catarrhe vésical | 2 | — |
| Diabète | 1 | — |
| | 212 | fois = 20,8 0/0. |

### VI. — Affections du mamelon et des seins.

| | | |
|---|---|---|
| Gerçures | 85 | fois. |
| Erosions | 74 | — |
| Fissures | 38 | — |
| Ulcérations du mamelon | 47 | — |
| Vésicules | 5 | — |
| Ecchymoses | 14 | — |
| Rougeurs et douleurs | 26 | — |
| Œdème de l'auréole | 3 | — |
| Eczéma | 2 | — |
| Fibrome de l'auréole | 1 | — |
| Abcès de l'auréole | 3 | — |
| Mammite | 45 | — |
| Eysipèle | 1 | — |
| Lymphangite | 1 | — |
| | 345 | fois = 33,9 0/0. |

### VII. — Affections diverses chez les accouchées.

*Organes abdominaux* :

| | | |
|---|---|---|
| Tumeurs de la rate | 5 | fois. |
| Tænia | 1 | — |
| Hernie inguinale | 1 | — |
| Diarrhée | 9 | — |
| Ascite | 5 | — |
| Hernie ombilicale | 1 | — |
| Hernie labiale | 1 | — |
| Typhus | 1 | — |
| | 24 | fois. 24 fois. |

*Organes thoraciques* :

| | | |
|---|---|---|
| Bronchite | 20 fois. | |
| Dyspnée | 3 — | |
| Pleurésie | 3 — | |
| Insuffisance mitrale | 1 — | |
| Air dans le cœur | 1 — | |
| Pneumonie | 1 — | |
| | 29 fois. | 29 fois. |

*Encéphale et moelle* :

| | | |
|---|---|---|
| Epilepsie | 2 fois. | |
| Eclampsie | 2 — | |
| | 4 fois | 4 — |

*Affections éruptives ou infectieuses* :

| | | |
|---|---|---|
| Erysipèle | 7 fois. | |
| Fièvre sans signes locaux réels | 23 — | |
| Inflammation des varices et thrombose veineuse ; phlegmatia alba dolens | 4 — | |
| | 34 fois. | 34 — |
| | | 94 fois = 9 0. |

Enfin on observa 14 fois des abcès de la peau après des injections sous-cutanées (digitaline, 11 fois ; quinine, 2 ; inconnue, 1), et 45 fois des indurations (digitaline, 30 fois ; quinine, 11 ; inconnue, 2), sur 733 injections faites en 1874 et réparties sur 204 accouchées.

Ces chiffres rendent évidente la remarque que nous faisions en commençant, et prouvent assez combien vraies sont les paroles de Eisenmann : L'imprécation que Moïse place dans la bouche du Créateur « Tu engendreras dans la douleur » n'exprime pas encore suffisamment toutes les fatigues, les accidents et les dangers auxquels la femme est exposée par le fait de la reproduction. A la question de la mortalité des ac-

couchées on peut répondre par un plus grand nombre de chiffres; mais nous devons, sous peine d'arriver à des résultats faux, distinguer les femmes accouchées dans les maisons privées de celles qui peuplent les maternités.

En ce qui touche la mortalité des femmes accouchées dans les demeures privées, un tableau donné par Merriman est digne d'être mentionné : il montre qu'à Londres, de 1656 à 1810, la mortalité s'est abaissée de 1/36 à 1/118; ces chiffres ne sont cependant pas absolument sûrs, car au XVII[e] siècle, beaucoup d'accouchements, pour des raisons religieuses, ne furent pas déclarés, et par suite le chiffre de la mortalité peut être trop fort.

Nous ne nous en sommes donc pas servi, et nous donnons seulement les chiffres suivants :

### I. — *Mortalité des accouchées dans les maisons particulières.*

| PAYS ou VILLE. | NOMBRE des accouchements. | CAS de mort. | PROPORTION pour 1.000. | AUTEURS. |
|---|---|---|---|---|
| Saint-Pétersbourg pendant quinze années. | 209.582 | 1.403 | 7 | Hugenberger : *La fièvre puerpérale.* Tirage à part du *Petersburger med. Zeitschrift*, p. 37. |
| Paris, 1861-1862 | 87.217 | 488 | 5,6 | *Gaz. des hôpitaux*, 1866, n° 38, p. 157. |
| Londres, 1858. Policlinique.. | 2.418 | 8 | 3 | *Monatsschrift f. Geburtsk.* Bd. XV, p. 399. |
| Norwège, 1851. | 46.259 | 374 | 8 | *Monatsschrift f. Geburtsk.* II, 410. |
| Clarke (pratique privée.. | 3.147 | 22 | 7 | *Neue Zeitschrift f. Geb.*, XXVIII, 53. |
| Pratique privée d'un seul médecin. ....... | 10.190 | 87 | 8,5 | Merriman : *Les accouchements irréguliers.* Trad. par Kilian, p. 348 et 349. |
| Id. de 1786 à 1800......... | 2.982 | 30 | 10,4 | |
| | 361.855 | 2.412 | 6,6 = 1/150 | |

Cette moyenne se rapproche tellement de celle que Marc d'Espine a trouvée pour Genève (8,7), la Belgique (6), la Prusse (7) et l'Angleterre (de 1838 à 1841 : 8-8,8 ; de 1847 à 1850 : 5-6 pour 1,000) ; elle est si conforme aussi à celle que Hégar (1) trouva pour le pays de Bade (1851 à 1863 : 1 cas de mort sur 131 accouchements, soit 7,63 pour 1,000), que l'on peut évaluer la mortalité, pour les accouchements qui se font dans les maisons privées, à 0,6 ou 0.7 pour 100, ou 6 à 7 pour 1,000 (2).

(1) Hegar. *Die Sterblichkeit während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.* Fribourg, p. 25-26.

(2) Lefort (*Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 152) a trouvé sur 934.781 accouchements appartenant à diverses villes, 4,405 cas de mort, soit 1/212, et sur 888.312 femmes accouchées dans les hôpitaux, 30.519 décès, ou 1/29, c'est-à-dire 34,4 p. 1,000.

## II. — *Mortalité des accouchées dans les Maternités* (1).

| LIEUX et DATES. | NOMBRE des accouchements. | CAS de mort. | PROPORTION pour 1.000 | AUTEURS. |
|---|---|---|---|---|
| 1° *Londres :* | | | | |
| *a*. Cité de Londres pendant 15 ans. | 7.030 | 90 | | Spiegelberg. *Monatsschrift f. Geb.* Bd. VII, p. 201. |
| *b*. General lying h. pendant 22 ans. | 4.426 | 140 | 21,16 | Id. p. 203. |
| *c*. British lying h. pendant 15 ans. | 1.625 | 17 | | Id. p. 207. |
| *d*. Queen lying h. pendant 35 ans. | 7.736 | 202 | | Brodie. *Monatsschrift*, XXV. Fascicule supplémentaire, p. 386. |
| 2° *Dublin*. Rotunda pendant 87 ans. | 169.748 | 2.066 | 12 | Gusserow. *Monatssch.* XXIV, 260. |
| 3° *Paris :* (1802-18[illegible]2) | | | | |
| *a*. Maternité. | 160.704 | 8.124 | | Tarnier et Husson. *Gazette des hôpitaux*, n° 38, 1866, p. 151. |
| *b*. Cliniques. | 21.295 | 1.143 | | |
| *c*. Hôtel-Dieu. | 25.314 | 831 | 48,37 | |
| *d*. Saint-Louis. | 19.038 | 780 | | |
| *e*. St-Antoine. | 5.204 | 349 | | |
| *f*. Lariboisière. | 5.022 | 395 | | |
| 4° *St-Pétersbourg*. | | | | |
| *a*. Maternité (école de sag.-femmes) | 8.035 | 306 | 38,1 | Hugenberger : *La fièvre puerpérale à l'Ecole des sages-fem. de St-Pétersbourg*, 1862, p. 1 et 37. |
| *b*. Autres maisons d'accouchement | 17.675 | 811 | 46 | |
| 5° *Vienne*. Clinique d'accouchem. pendant 65 ans. | 204.243 | 7.873 | 38 | Marc d'Espine. *Gazette des hôpit.*, p. 213. 1858. |
| 6° *Leipsig* pendant 49 ans. | 5.731 | 109 | 19,2 | Crédé. *Monatsschrift*, XV, 192. |
| 7° *Berlin* 1829-35 | 1.454 | 25 | | Busch. *Neue Zeitschr. für Geburtsk.*, V, 1883, XXXIII, 62. *Monatsschrift*, III, VIII, 363. |
| 1836-41 | 1.349 | 27 | 25,8 | |
| 1842-47 | 1.025 | 47 | | |
| 8° *Dresde* pendant 50 ans. | 15.356 | 373 | 24,2 | Grenzer. *Monatsschr.*, XXVII, 158. |
| 9° *Wurzbourg* pendant 40 ans. | 6.319 | | 16,4 | Hofmann. *Neue Zeitschr. f. Geburtsh.* Bd. XXII, p. 7. |
| 10° *Mayence* pen- 42 ans. | 7.739 | | 5,2 | Kilian, F.-M., *Neue Zeitschr.*, p. 214-15. |
| 11° *Osnabrück* en 30 ans. | 1.400 | | 7,1 | Richard. *Monatsschr* Bd. VIII, 29. |
| 12° Rostock en 28 ans. | 933 | | 33,6 | Brummer staedt. *Bericht ueber d. Rostocker Anstalt*. Rostock, 1866. Tabelle zu Seite 3. |
| TOTAL....... | 701.322 | 23.891 | 34 | |

(1) On n'a tenu compte que des établissements dans lesquels des registres de mortalité existent depuis au moins dix ans.

Si nous ajoutons encore ici les chiffres donnés par Arneth (1), qui a trouvé, en 1849, dans 40 maternités de l'empire d'Autriche (exception faite de la Hongrie), 384 cas de mort sur 16,358 accouchements, c'est-à-dire 1/53 ou 23,2 pour 1,000, on peut affirmer que la mortalité, pour les accouchements faits dans les maternités, est en moyenne de 30 pour 1,000 (2).

On pourrait donc en conclure, comme beaucoup d'auteurs, que dans les maternités la mortalité est 4 à 5 fois plus considérable qu'elle ne l'est dans les maisons privées.

En parcourant les statistiques précédentes, on s'aperçoit facilement que la plupart des accouchées mortes dans les maisons hospitalières y ont succombé à la fièvre puerpérale (3). Cependant, il ne manque pas d'établissements, par exemple ceux de Mayence, d'Osnabrüch, de Munich, de Leipzig, de Dresde, où la mortalité n'a pas atteint une semblable fréquence et où l'état sanitaire est presque aussi bon que dans les maisons privées. (Johnston, Dublin, 1874 : 15 morts sur 1,236 acc. = 1,2 pour 100.)

On ne peut douter, d'ailleurs, que le traitement antiseptique, qui prend de jour en jour plus d'importance, n'améliore de plus en plus l'état des parturientes et des accouchées ; car déjà, à la suite de son emploi dans plus d'un établissement, à Copenhague, à Dublin, par exemple, cet état sanitaire est devenu incomparablement meilleur.

Nous devons, en outre, faire spécialement remarquer, au point de vue qui nous occupe, que la fièvre puerpérale survient aussi dans les maisons privées, et beaucoup plus souvent

---

(1) Arneth, *Die Geburtshuelfe in Frankreich, Gross. Britannien und Irland.* Wienne, 1853, p. 178.

(2) Ce chiffre s'accorde assez exactement avec ceux de Lefort, cités plus haut, et ceux de C. Braun (*Kliniques*, p. 450), qui a relevé les chiffres de Berlin (pendant 6 années), de Dresde et de Gœttinguen (pendant 3 ans) et de Stuttgard (pendant 1 an) et a fait ses calculs sur 371.849 accouchements, soit la moitié du total ci-dessus mentionné.

(3) Stadfeldt. *Nord. Arkiv.*, I, 4, 1869. — L. Billet. *De la fièvre puerpérale et de la réforme des Maternités.* Paris 1872, p. 83.

qu'on ne l'a dit jusqu'ici. Les sages-femmes surtout sont, plus souvent qu'on ne le croit. les agents de transport de l'infection.

En effet, sur 1,498 sages-femmes saxonnes, j'en ai trouvé 108, c'est-à-dire 7 pour 100, qui avaient eu une mortalité de 3 pour 100 chez leurs accouchées.

Ces sages-femmes ne pouvaient donc se vanter d'avoir eu de meilleurs résultats, je devrais dire d'aussi bons, que plusieurs grandes maternités, surtout lorsqu'on se rappelle que, dans ces derniers établissements, le nombre des primipares y est considérable, que les femmes illégitimement grosses y prédominent ; qu'en outre, des femmes, très souvent déjà malades, et à qui on a fait subir antérieurement et sans succès des opérations, dans le but de les délivrer, y sont fréquemment admises.

Si, dans les établissements publics, on peut examiner avec certitude chaque cas de mort en particulier, une certaine obscurité plane encore sur la statistique de la mortalité puerpérale dans les maisons privées. Cependant, un examen sérieux permet d'affirmer, dès à présent, que le chiffre des cas mortels rapportés plus haut est élevé.

De la différence invoquée tout à l'heure, entre le personnel des établissements publics et celui des maisons privées, il résulte avec évidence que l'on demande trop en voulant que la proportion de morbidité et de mortalité ne soit pas plus élevée dans les maternités que dans les maisons privées.

Pour établir une comparaison, il ne suffit pas de mettre simplement en parallèle les chiffres de la mortalité de chaque genre d'établissement ; car il n'est que trop vrai que nombre de cas d'éclampsie, de rupture d'utérus, de placenta prævia, etc., qui sont à dessein transportés à l'hôpital, viennent lourdement charger la statistique de ceux-ci à l'avantage des maisons privées.

On cause, d'après cela, un préjudice très notable aux maternités, quand on dit, par exemple : la Maternité de Dresde

avait, en 1874, une mortalité de 1,2 pour 100, tandis que le pays saxon n'en avait qu'une de 0,5 pour 100.

Et qu'on ne vienne pas, comme un critique anonyme du *Centralblatt* littéraire de Leipzig, me reprocher, à propos des sages-femmes qui ont eu une mortalité de 3 pour 100 chez leurs accouchées, de comprendre dans ce chiffre les cas de mort survenus par éclampsie, par placenta prævia, etc., mais non par infection, car on serait dès lors privé de toute base comparative pour les statistiques.

On ferait, en effet, figurer ces cas dans la statistique hospitalière, alors qu'on les laisserait de côté lorsqu'il s'agit de la statistique des sages-femmes. Cela doit arriver et arrive.

Si nous voulons diminuer la fréquence de la fièvre puerpérale, ce n'est pas seulement dans les maternités, mais aussi dans la pratique privée, qu'il faut entrer énergiquement en campagne contre les agents de transport de l'infection; mais nous devons bien nous garder de nous laisser aller, par des considérations de toutes sortes, à cacher le véritable état des hoses.

Ces propositions nous conduisent tout naturellement à quelques considérations sur la thérapeutique générale des affections puerpérales (1).

## Thérapeutique générale des affections puerpérales.

Sous ce titre, nous voulons parler: 1° des antiphlogistiques, 2° des injections utérines, et 3° du traitement antiseptique des suites de couches, sujets que nous devons traiter un peu plus en détail, à propos de l'étude particulière de chaque affection.

Du traitement antiphlogistique dans les inflammations puerpérales. — Parmi les moyens à employer, *la sai-*

(1) Stadfeldt est exactement du même avis : *Les Maternités, leur organisation et administration*. Copenhague, 1876. Comparez avec ce que dit Duncan : *On the mortality of childbed and Maternity hospitals*. Edimbourg, 1870.

*gnée* doit nous intéresser tout d'abord. On sait (1) qu'à la suite de l'ouverture de la veine, la proportion de l'eau contenue dans le sang, celle des globules blancs et de la fibrine augmentent ; que le nombre des corpuscules rouges et la quantité d'albumine, par contre, diminuent. La saignée détermine donc un état de sang analogue à celui des femmes enceintes ou accouchées, ou exagère cet état s'il existait antérieurement. Il est indubitable qu'il peut résulter de la section de la veine d'autres conséquences immédiates fâcheuses pour les accouchées : grand épuisement, convalescence lente, troubles durables de la nutrition.

Nous savons, en outre, qu'une saignée poussée jusqu'à la syncope n'abaisse la température chez l'homme que de 0°,5 à 0°,7 R. (Bærensprung) ; et qu'une saignée ordinaire ne détermine aucun changement, si ce n'est quelquefois une légère augmentation de la température. De plus, les recherches sur la température faites dans les cas d'hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta n'ont fait voir aucun abaissement du thermomètre ; et nous trouvons, en outre, que les accouchées sont plus souvent malades lorsqu'elles ont éprouvé de fortes pertes de sang,

Si l'action locale d'une saignée ne peut ainsi être estimée hautement, son action antifébrile est également de peu de valeur et même bien plus discutable, puisque nous ne pourrions vraiment pas chez les accouchées pousser la saignée jusqu'à la syncope sans les exposer au danger d'une paralysie du cœur.

Reste donc seulement l'action révulsive qui a une influence sur la diminution de l'hypérémie de la moelle allongée, et le relâchement de muscles contractés spasmodiquement.

Mais qui oserait aujourd'hui trouver là l'indication d'une saignée générale, alors que nous pouvons obtenir cette action révulsive par un autre moyen et sans soustraire à l'accouchée une si grande masse de son liquide, le plus précieux.

(1) Virchow. *Handbuch der Pathologie und Therapie*. Erlingen, 1854, I, p. 88-92, et C. Braun. *Lehrbuch der Geburtshuelfe*. Vienne, 1857, p. 979.

Or, cela est maintenant parfaitement possible; car par l'emploi du froid, notamment de la glace et, en outre, par l'usage de saignées locales modérées et par l'emploi de la digitale, de la quinine, etc., nous obtenons au moins autant de succès.

On s'est servi de la saignée principalement contre la péritonite puerpérale et bien entendu avant la production d'exsudation pseudo-membraneuse.

Hugenberger (*l. c.*, p. 55) raconte qu'à Saint-Pétersbourg. de 1845 à 1850, dans 64 cas de métro-péritonite, des avantages évidents furent retirés de son emploi (on tirait seulement un litre de sang), puisqu'il ne succomba en tout que 4 ou même que 3 femmes.

Depuis 1850, cependant, quoiqu'on tînt le plus grand compte des constitutions individuelles et de la plus grande acuité de chaque affection, il se produisit, presque sans exception, après chaque saignée générale, une dépression rapide des forces et une issue mortelle de la maladie par dissolution du sang.

Depuis ce temps, l'ouverture de la veine est tombée dans un absolu discrédit à Saint-Pétersbourg et n'y a plus été employée.

Si nous interrogeons les résultats d'autres auteurs, par exemple ceux de C. Braun (1), qui n'a pas eu besoin de pratiquer une seule saignée sur 20,000 accouchées, ceux de Retzius. Faye, Elsaesser, Pippingskœld (2) et Pfeufer-Kerchensteiner (3), qui tous ont reconnu l'inutilité de la saignée dans les maladies puerpérales graves, et ont montré ses dangers; si j'ajoute que moi-même depuis 10 ans et chez plus de 6,000 accouchées, je n'ai jamais ouvert la veine nous pourrons en conclure que les saignées sont chez les accouchées malades, non seulement inutiles, mais même fréquemment dangereuses (4).

---

(1) *Lehrbuch*, p. 980.

(2) *Monatsschrift f. Geburtsh.*, XV, p.304.

(3) *Monatsschrift*, XIII, p. 391.

(4) Déjà Boerhaave, à propos des maladies puerpérales, donnait ce conseil : *Venæsectio haud facile, nec nisi summa necessitate, adhiberi potest*. Aphorismes, 2832.

Il en est autrement des émissions sanguines locales. Il est vrai qu'elles aussi n'arrêteront que bien rarement une exsudation commençante, mais elles agissent comme moyen de calmer la douleur, diminuent la stase dans les capillaires fortement dilatés et, en supprimant l'hypérémie passive elles contribuent efficacement à faciliter la circulation.

Elles gardent donc toute leur valeur dans certaines inflammations circonscrites.

Elles sont par contre repoussées complètement par quelques-uns, par exemple par Breisky (1); mais les recherches les plus récentes de Conheim sur l'inflammation et la suppuration, font encore et toujours apparaître l'emploi des émissions locales sanguines, dans le voisinage des points enflammés, comme un antiphlogistique indiqué dès que l'on veut diminuer la pression sanguine et accélérer la circulation.

On peut se demander si ces émissions doivent souvent et principalement porter sur l'utérus puerpéral lui-même. comme l'ont fait Aron, Hugenberger (2), Kaufmann, Snowbeck et d'autres?

Je suis opposé à ces émissions sanguines directes et cela pour les raisons suivantes. Il est bien certain qu'on provoque ainsi une hémorrhagie importante, car les vaisseaux de l'utérus, dans les premiers temps des suites des couches, sont encore énormes, et il est des cas, comme par exemple Hecker et Nicschik en ont publié, dans lesquels, à la suite de légères lésions des vaisseaux au voisinage du col utérin les femmes perdirent tout leur sang.

En outre, l'hémorrhagie, après la chute des sangsues placées sur les lèvres du col utérin, est pénible, fatigante; souvent elle devient inquiétante, car les points qui saignent sont difficiles à découvrir, même avec le spéculum, et l'on doit toujours redouter la production d'une hémorrhagie secondaire importante.

(1) Breisky. Dans l'analyse de la première édition de cet ouvrage. *Prager Vierteljahrsschrift*, 95 Bd. *Liter. Anzeiger*, p. 4.

(2) Hugenberger. *Loc. cit.*, p. 56 et 60.

Il faut d'ailleurs se rappeler que la pénétration des sangsues dans l'utérus de femmes non enceintes a été souvent observée et suivie de symptômes fâcheux. Or, cet accident peut se produire bien plus facilement quand il s'agit de l'utérus puerpéral, de sorte que l'on devrait, comme F. Weber l'a conseillé (1), poser chaque sangsue isolément, et après l'avoir fixée par un fil passé à travers son extrémité postérieure. En outre, il est établi que par une soustraction immédiate et considérable de sang, l'utérus, très affaibli, est prédisposé à un défaut d'involution, à des hémorrhagies ultérieures et consécutivement aux flexions.

Nous pouvons aussi sûrement atteindre le but par d'autres moyens : par l'application de *sangsues* sur la paroi abdominale et celle d'une *vessie de glace*.

Comme l'artère épigastrique inférieure envoie une branche à l'utérus par le ligament rond, rameau qui s'anastomose avec les artères utérines, nous tirons donc indirectement du sang à l'utérus lorsque nous vidons les branches de l'artère épigastrique inférieure. La vessie de glace a une action plus énergique encore.

Quand elle est placée sur l'utérus, qu'elle l'entoure comme une coiffe, séparée de lui seulement par la mince paroi abdominale, elle calme aussi sûrement la douleur que les émissions sanguines, fait cesser l'hypérémie, abaisse remarquablement la température des organes enflammés (2), diminue la tension spasmodique; mais elle a de plus l'avantage d'exciter l'involution de l'utérus en régularisant la circulation de l'organe et en excitant ses contractions dans une juste mesure.

Ma conviction est que, pour les affections légères, on peut avoir parfois recours aux saignées locales abdominales, unies

---

(1) Weber (Lemberg). *Wiener medic. Vochenschrift.*, XI, 43, XII, 2. *Schmidt's Jahrbuch*. CXIII, p. 3:6.

(2) Hagspiel a montré que l'application de la glace sur le ventre peut abaisser la température des organes abdominaux et du rectum. La température du rectum, après l'application de la glace pendant une heure, tombe de 29°,8 à 29°,2. (*Wunderlich Archiv. der Heilkunde*, 1866, heft III, 277.)

à l'application d'eau froide ; elles sont pourtant inutiles aussi la plupart du temps, et depuis neuf ans je ne les ai pas prescrites une seule fois. On doit, au contraire, hésiter beaucoup devant l'emploi des saignées utérines directes.

S'il s'agit d'une affection grave, la vessie de glace est préférable et supérieure aux émissions sanguines.

On évite le poids désagréable de l'appareil en plaçant un morceau de bois sur le lit de la patiente, de façon que la vessie repose largement, mais doucement, sur la paroi abdominale. Les vessies de caoutchouc ou de gomme sont meilleures que les vessies de porc qui, souvent, fuient, et bientôt sentent mauvais.

Dans les deux précédentes éditions de cet ouvrage, j'avais écrit que je n'avais pas encore observé la congélation des parois abdominales, même alors que l'emploi de la glace avait été continué pendant toute la durée des suites de couches. Depuis ce temps, j'ai souvent employé la glace, et j'ai eu l'occasion de bien observer la production de gelures.

Habituellement, on voit d'abord des points ou des lignes bleuâtres, qui suivent souvent les vergetures ; elles sont entourées par un liséré rouge, au niveau duquel la peau est très douloureuse. Si la gelure n'est pas très profonde, il se forme une eschare sèche, qui se détache après un certain temps ; est-elle plus profonde, l'élimination des parties mortifiées se fait par voie de suppuration, et les plaies qui en résultent sont longtemps douloureuses.

On évitera, à coup sûr, cet accident, en examinant chaque jour la région de la paroi abdominale sur laquelle repose la vessie et en enlevant celle-ci dès que l'on aperçoit sur la peau des points bruns bleuâtres, gros comme des pois. Ces gelures se produisent avec la plus grande facilité lorsque l'on a simultanément employé des *badigeonnages de teinture d'iode.*

L'expérience m'a appris que ces badigeonnages constituent un très puissant agent thérapeutique dans les affections puerpérales ; elle m'a montré leur efficacité comme antiphlogistique : aussi en dirai-je ici quelques mots.

On trouve souvent, dans les premiers jours des couches, et cela ordinairement à la suite d'un frisson assez intense, une accumulation de sérosité intra-péritonéale, assez abondante pour que nous puissions, par la pression combinée à la palpation, la reconnaître vite et sûrement.

On place la main gauche, légèrement exhaussée en gouttière, sur la partie de la peau abdominale qui se trouve audessous du nombril, de chaque côté de l'utérus, de sorte que les bords cubital et radial de la main reposent sur la peau, et l'on percute alors doucement, avec le doigt médian, le lieu situé entre le pouce et le petit doigt; ces deux derniers doigts perçoivent alors très facilement et distinctement l'impulsion du flot de liquide.

Habituellement, le ventre, en ce point, n'est pas du tout ou très peu sensible; mais la paroi abdominale s'est déjà, le plus souvent, un peu tendue, les intestins sont plus difficiles à sentir à travers elle, et il est très vraisemblable que la paroi de l'intestin est aussi infiltrée et œdémateuse dans la plupart des cas.

Ces sortes de transsudation de sérosité disparaissent souvent très vite; dans quelques cas, elles sont plus tenaces; dans d'autres enfin, elles sont le commencement d'une infiltration diffuse séro-fibrineuse.

Dans les *badigeonnages de teinture d'iode pure*, limités à la partie inférieure de l'abdomen ou étendus sur sa face entière, suivant la quantité de sérosité exhalée dans le péritoine, nous avons un moyen supérieur d'opérer une prompte et très énergique révulsion vers la peau, du péritoine vers l'extérieur.

En effet, il se produit d'abord une coloration rouge brun de la peau, à laquelle, souvent déjà après le deuxième badigeonnage, succède une vésication étendue, tandis qu'il en résulte une migration considérable des globules blancs du sang dans le tissu de la peau. Il s'ensuit non seulement que les vaisseaux se développent, mais aussi que la tendance à l'exsudation dans les organes internes est beaucoup diminuée.

Le badigeonnage détermine, chez les femmes à peau délicate, une sensation douloureuse qui, quelquefois, persiste pendant une heure; mais la rapidité et l'énergie de son action donnent à cette façon d'appliquer la teinture d'iode un grand avantage sur la solution de Lugol, et aussi sur les vésicatoires.

Il faut vraisemblablement voir, dans la forte migration des globules blancs et la pression qui en résulte, ainsi que dans la rapidité de la vésication, l'origine des gelures de la peau de l'abdomen, qui se produisent là plus facilement qu'ailleurs, lorsqu'on emploie simultanément la glace. On doit donc, quand on s'adresse à ces moyens thérapeutiques, prendre un soin particulier d'examiner plusieurs fois par jour l'état de la peau du ventre.

Un antiphlogistique par excellence, pour les maladies puerpérales, c'est la *digitale*. Seulement, on ne doit pas l'administrer à de trop petites doses ni à de trop grands intervalles. J'ai fait connaître, en un autre lieu (1), mes recherches sur cet agent thérapeutique, surtout en ce qui touche la dose nécessaire et la meilleure forme de son administration.

Nombre d'observations nouvelles m'autorisent à regarder comme exacts les résultats de mes premières recherches. Je dois malheureusement déclarer qu'aujourd'hui, même à Paris, il n'est plus possible, quelque peine qu'on se donne, de se procurer de la digitaline pure cristallisée de Nativelle.

Les meilleures préparations allemandes de digitaline ne sont toutes qu'un mélange variable de différents alcaloïdes (digitaline, digitaléine, digitoxine, etc.) et, comme telles, nullement exemptes d'actions accessoires désagréables, quand elles ne sont pas absolument dépourvues d'action; aussi, ne puis-je en recommander l'usage.

Depuis que je ne peux plus avoir de digitaline Nativelle, j'emploie seulement l'infusion de feuilles de digitale à 3,75

---

(1) *Berichte und Studien.*, I, 314-348, 1874.

pour 175, et j'en fais prendre une cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les heures et demie, jusqu'à ce que le pouls soit tombé et demeure au-dessous de 80, ou que des accidents, tels que vomissements, étincelles devant les yeux, tendance à la diarrhée, ou fourmillements des mains et des pieds, bref, jusqu'à ce que les premiers signes d'intoxication se produisent. On doit également en cesser l'administration lorsque le pouls devient inégal.

Je crois que ce moyen agit chez les accouchées, surtout en prolongeant la diastase et en améliorant la nutrition du cœur.

On n'a pas encore complètement expliqué pourquoi les accouchées peuvent absorber, sans danger, de si fortes doses de digitale (en moyenne 7 grammes, en infusion, jusqu'à ce que l'apyrexie soit obtenue). Le fait n'en existe pas moins, et j'ai vu plusieurs médecins, d'abord effrayés par ces doses, les employer plus tard très volontiers. Je sais, entre autres, un succès des plus éclatants, obtenu par un de mes collègues, chez sa propre femme.

Si la langue est fortement chargée, s'il y a tendance à la diarrhée, si le météorisme est plus fort dès le début de la maladie, alors je n'emploie pas la digitale, car elle ne ferait qu'aggraver ces symptômes. Elle ne peut plus servir à rien non plus lorsqu'il existe des frissons répétés ou qu'apparaissent des métastases. Elle est donc principalement indiquée dans la forme d'infection par les lymphatiques (ulcères des organes génitaux, paramétrite, péritonite, etc.); et alors elle rend des services d'autant plus nombreux et meilleurs qu'elle est administrée plus tôt et plus énergiquement.

Enfin, je mentionne encore comme un excellent moyen de diminuer la fièvre chez les accouchées l'emploi de grands bains tièdes.

Dans mon établissement hospitalier, où à chaque étage se trouvent deux chambres de bains et une baignoire à roulettes commode, j'ai déjà commencé, en 1872, à faire un très large emploi de ce moyen de traitement, et mon assistant d'alors,

M. le Dr Osterloh (1), a fait connaitre, en 1875, nos essais dans cette direction.

Nous les employions à la température de 26 à 23° R., pendant quinze minutes, et en présence d'un médecin. Lorsqu'il y avait une céphalalgie intense, nous y ajoutions l'affusion d'eau froide à 8 ou 10° R. sur la tête.

Après le bain, l'accouchée demeurait une demi-heure couchée, entourée complètement de couvertures. Les résultats obtenus chez presque 200 accouchées, avec plus de 600 bains, sont très favorables.

Sur 508 bains, 460 amenèrent un abaissement de température de 0°,5 à 3°,5 ; 48 restèrent sans effet. Dans un seul cas, il survint, après le bain, une hémorrhagie utérine ; mais, antérieurement, on avait déjà observé, chez la malade, une perte de sang inaccoutumée. Une fois il survint une épistaxis, deux fois une douleur rhumatismale, sept fois un frisson chez les accouchées qui, déjà et antérieurement, avaient présenté des accidents semblables.

Bref, nous trouvâmes que ces bains, non seulement étaient sans danger pour les accouchées, mais qu'ils constituaient le meilleur moyen d'amener du calme, d'améliorer le sommeil, d'abaisser la température et de diminuer les douleurs de tête. Nous les répétâmes de deux à vingt-neuf fois chez la même femme et de une à quatre fois par jour, dans les formes les plus différentes d'affections puerpérales, et cela dès que la température s'élevait à 39°,5 ou au-dessus.

Je ferai remarquer que depuis de longues années déjà les bains ont été recommandés. Kiwisch, par exemple, les préconisait dans la métrophlébite, contre les frissons, et dans la première édition de cet ouvrage, j'en avais signalé, d'après des observations personnelles, toute l'efficacité.

Je ne veux aujourd'hui qu'insister davantage en recommandant de les employer souvent et d'une façon régulière.

Cela est d'autant plus nécessaire que les bains ont eu tou-

---

(1) *Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medicin.*, 9, 1875.

jours et ont encore de nombreux adversaires, et qu'il est des auteurs (voir Verrier, *Gaz. des Hôpit:*, 1871, p. 93 et 94) qui considèrent qu'il est dangereux de lever une femme atteinte de péritonite. Les bains sinapisés ont été préconisés par Cruveilhier, Depaul et d'autres auteurs, dans les épidémies de fièvre puerpérale.

Pour notre part, nous n'avons jamais eu recours qu'aux bains tièdes d'eau simple, et, à l'heure actuelle, notre expérience se base sur plus de mille bains administrés parfois dès le premier jour des couches.

*Le traitement des affections utérines puerpérales par les injections intra-utérines* n'est pas moins digne d'intérêt que les antiphlogistiques.

Les jugements très divers portés encore de nos jours sur ce moyen, son emploi encore peu répandu chez les accouchées, nous imposent le devoir d'examiner en détail les dangers qu'on lui impute.

D'après les recherches historiques de Conhstein (1), Hippocrate et Galien doivent avoir connu les injections utérines et les avoir employées en particulier contre les métrorrhagies et pour entraîner au dehors des débris de délivre restés dans l'utérus. On injectait dans ce but de l'eau, des sucs de plantes et plus tard de l'alcool, du vinaigre, du vin rouge, etc. Elles furent ainsi de bonne heure employées contre les affections utérines chez des femmes non enceintes, et souvent avec de bons résultats. Cependant, vers la quarantième année de ce siècle, il arriva plusieurs fois que des femmes succombèrent rapidement à une péritonite après l'injection.

Aussi Lisfranc repoussa-t-il toutes les injections excitantes ou astringentes, à l'exception de celles faites pour un catarrhe utérin compromettant l'existence.

Hourmann publia un cas dans lequel, immédiatement après le premier coup de piston d'une injection de décoction de

---

(1) Cohnstein. *Beiträge zur Behandkung der Chron. Metritis.* Berlin, 1868, p. 71-92.

feuilles de noyer, la malade poussa un grand cri; bientôt survint un frisson et une péritonite grave dont elle ne guérit que lentement. Ces mêmes accidents se présentèrent chez deux malades de Bretonneau.

Des expériences furent instituées par Vidal (de Cassis), Astros et Petit, sur neuf cadavres de femmes, et, après des injections *forcées* (faites avec une seringue à injection artérielle, le col utérin étant lié sur la canule), le liquide passa dans les vaisseaux de l'utérus et traversa les trompes. Avec des injections *modérées*, le liquide ne passa jamais dans le péritoine, ni même une seule fois dans les trompes ; il refluait toujours dans le vagin, entre la canule et le col. Ces dernières injections paraissent donc être absolument inoffensives.

Malgré cela, les jugements portés sur les dangers résultant de l'emploi de ce moyen, furent depuis lors très divers, car on eut de nouveau à enregistrer de malheureux résultats.

Ainsi Oldham (1) raconte qu'il a déterminé, avec une injection de 1 drachme d'eau tiède faite à l'aide d'un cathéter élastique, de fortes douleurs, et que, comme celles-ci avaient disparu et qu'un deuxième essai avait été tenté, de violents symptômes inflammatoires et de la péritonite apparurent.

D'ailleurs Retzius (2), qui avait fait depuis longtemps cette injection sans accidents pour des hémorrhagies utérines invétérées et des ménostases, rapporte que, en 1850, trois minutes après une injection d'une solution de nitrate d'argent de 10 grammes dans une once d'eau, une péritonite diffuse se déclara, mais la malade guérit. De même Pédelaborde (3) et Gubian observèrent une grave péritonite à la suite de l'injection d'une décoction de feuilles de noyer.

Sur six femmes qu'il traitait d'un catarrhe utérin, à l'aide de faibles solutions de nitrate d'argent, Becquerel a vu sur-

(1) Oldham. *Schmidt's Jahrbücher*, LX, p. 189.

(2) Retzius. *Neue Zeitschrift*. Bd. XXXI, p. 392.

(3) Pédelaborde. *Schmidt's Jahr.*, LXX. 61. Hourmann. *Schmidt's Jahr.*, 30-41, d'après le *Bulletin de thérapeutique*, t. XIX, p. 60.

venir cinq fois des affections sérieuses, et chez trois malades on dut recourir aux antiphlogistiques les plus énergiques. Nœggerrath (1) vit, sur quatre cas d'injection dans l'utérus, trois fois une grave péritonite survenir ; une femme succomba ; l'injection de teinture d'iode seule amenait une réaction faible. Métrite, péritonite, coliques douloureuses à la suite de ces injections ont enfin été citées également par Ashwell, Hennig, Germann, Sigmund (2), etc., etc. Par contre, il se trouve beaucoup d'auteurs qui recommandent expressément les injections en question.

C'est ainsi que Strohl (3) les employa 29 fois contre les catarrhes utérins chroniques des prostituées, et prétend avoir obtenu 25 fois la guérison dans l'espace de quatorze jours. Il faisait quotidiennement les injections sans éprouver aucun accident, et il employa pour elles l'extrait de saturne et la solution d'iodure de fer ; une fois aussi il employa le sulfate de zinc, mais Strohl repousse l'emploi de cet agent dans les inflammations aiguës et subaiguës de l'utérus. Scanzoni (4) aussi les employa souvent sans observer après elles de graves symptômes, comme des coliques utérines. Parallèlement, Savage (5), Eulenberg (6), Fürst (7), Gruenwaldt, Snow, Beck, Marion Sims, etc., les employèrent aussi avec succès contre les affections de l'utérus non gravide.

En 1863, les expériences citées plus haut de E. H. Klemm furent répétées à Leipsig et prouvèrent de nouveau que, lorsque le col utérin n'est pas lié sur la canule, le liquide revient toujours à travers le col sans jamais pénétrer dans les trompes; l'injection était faite à l'aide d'une colonne d'eau de

(1) Nœggerrath. *Monatsschrift f. Geburtsk.* Bd, XIX, p. 316.

(2) E. H. Klemm. *Ueber die Gefateren der Uterininjectionen. Inaug. Dissert.* Leipzig, 1863, p. 16-18 et 23.

(3) Strohl *Gaz. médic. de Strasbourg.* Bd. VIII, n° 10, 1848.

(4) Scanzoni. *Lehrbuch der Frankenkrauheiten.* Wien., 1859, p. 38-39.

(5) Savage. *Lancet*, 1857, II, p. 23. December.

(6) Eulenberg. *Preuss. Vereinzeitung.* N. F. V. 48, 1861.

(7) Fürst. *Monatsschrift, f. Geb.*, XXVI. p 1-2.

60 pouces ou d'une petite seringue, de forme variable à volonté.

Dans trois cas seulement sur dix-huit, Klemm trouva alors que l'orifice du museau de tanche était très étroit et que la force était moyenne, que le liquide d'injection teint en bleu avait pénétré dans les vaisseaux veineux de l'utérus et dans les ligaments larges, ce qui confirmerait donc les résultats d'Astros et de Petit et montrerait le mécanisme de la prompte invasion de la métrite et de la péritonite après de pareilles injections.

Les injections intra-utérines furent tout d'abord pratiquées chez les accouchées et le plus fréquemment employées contre les hémorrhagies utérines.

C'est dans ce but que les employaient déjà Galien (Aqua et succus plantagini), puis d'autres. En 1825, Guillon (1) essaya en injection contre la métrorrhagie, et à la vérité avec succès, la décoction d'écorce de chêne (tan). Bonnet (2), en 1850, fit, chez une femme atteinte de fièvre puerpérale, des injections émollientes dans la cavité utérine, mais les suites ne furent pas heureuses, la femme succomba cinq jours après l'accouchement.

Kivisch et beaucoup d'autres faisaient dans l'utérus des injections froides après lesquelles survint certainement dans quelques cas de la métrite.

Dupierris (3), au contraire, qui a employé les injections de teinture d'iode (une partie de teinture d'iode pour deux parties d'eau) contre les hémorrhagies puerpérales, prétend avoir été si heureux avec sa thérapeutique que toujours une seule injection a suffi pour arrêter les hémorrhagies les plus sérieuses, et que jamais il n'a observé d'accidents. Il employait d'ailleurs ce moyen contre l'écoulement lochial abondant et anormalement prolongé.

(1) Froriep's. *Notizen*, Bd. XXIII, p. 45.

(2) Bonnet. *Schmidt's Jahrbücher*, 65, 332.

(3) Dupierris. *Gaz. des hôpitaux*, 1857, n° 37, p. 145.

Nœggerath (1) a également observé des guérisons rapides par l'emploi d'injections iodées contre les hémorrhagies à la suite d'avortement. L'emploi le plus large de ces injections a été fait par O. de Gruenewaldt (2).

Dans un but prophylactique cent soixante accouchées furent traitées de même par des injections d'une solution de chlorure de chaux (une cuillerée à bouche de chlorure de chaux pour un litre et demi d'eau dans les épidémies de fièvre puerpérale, sitôt qu'elles présentaient dans les vingt-quatre premières heures une élévation de température.

Le nombre de ces cas graves fut de la sorte abaissé et comme l'injection se montrait par elle-même complètement inoffensive, on la fit plus tard chez chaque accouchée deux ou trois heures après l'accouchement.

D'après cet exposé de la question, il semble donc que non seulement il n'est pas téméraire, mais qu'il est expressément indiqué dans les cas graves d'employer d'une façon plus large qu'on ne l'a fait jusqu'ici chez les accouchées ces injections utérines, et, bien qu'avec une certaine crainte et au début avec timidité, j'ai cependant depuis de longues années employé ce moyen dans les affections les plus différentes des suites de couches, la plupart du temps en présence d'un grand nombre d'étudiants aussi bien que devant quelques collègues.

Les maladies contre lesquelles je les ai employées étaient : l'endométrie puerpérale due à la rétention des débris des membranes, qu'elle fût catarrhale ou diphthéritique, et les hémorrhagies, en particulier les hémorrhagies tardives. Les agents médicamenteux dont je me suis servi étaient : solution de sulfate de cuivre (2 à 5 pour 200) ; solution d'acide tannique (2 à 5 pour 200) ; solution d'acide phénique (5 pour 100) ; de perchlorure de fer et d'eau (parties égales, ou seulement 20 gouttes par 15 grammes d'eau) ; solution de permanganate de potasse (10 pour 200 grammes dont on mettait 10 à 15

(1) *Loc. cit.*

(2) *Petersburger med. Zeitschrift*, V, 1, 1863.

gouttes dans une seringue). Les injections furent pratiquées d'abord avec la seringue de Braun, et de telle façon que, après avoir placé la partie vaginale du col dans le spéculum le bec de la seringue pénétrait de 1 cent. 1/2 à 2 cent. dans l'utérus; la seringue était alors vidée avec précaution. Plus tard je ne me servais pas habituellement du spéculum; naturellement on prenait soin chaque fois qu'aucune bulle d'air ne se trouvât dans la canule et que l'injection ne fût pas poussée trop vite. Comme la seringue de Braun ne contient que 15 gouttes environ, j'en fis confectionner une autre entièrement analogue mais trois ou quatre fois plus grande.

De toutes les accouchées chez lesquelles les injections furent faites, une seule éprouva quelques heures après l'injection des douleurs sous forme de coliques utérines; toutes les autres n'éprouvèrent rien de semblable.

Bien des fois la température fut prise après et comparée avec celle qu'on avait trouvée avant, sans qu'on observât rien d'anormal. Des hémorrhagies par défaut de retrait de l'utérus furent chez une malade complètement arrêtées en quelques jours par trois ou quatre injections. Une femme prise de metrorrhagie six semaines après un avortement fut complètement guérie par trois injections faites à un jour d'intervalle.

C'est principalement dans le cas de lochies très fétides, dues à la rétention des membranes que ces injections paraissent efficaces. On en trouvera plus loin dans un chapitre spécial deux exemples. Bref les résultats furent des plus satisfaisants.

L'injection était au début pratiquée à l'hôpital surtout après le deuxième jour des couches, déjà plus tard dans les premiers jours, et d'après les circonstances 2 à 3 de ces seringues furent complètement injectées et à la vérité 1 à 2 fois par jour. Les mauvaises conséquences ci-dessus mentionnées de ce traitement s'expliquent suffisamment par la façon défectueuse dont l'injection était pratiquée : le liquide était poussé la plupart du temps par ces auteurs à l'aide d'un cathéter élastique. On ne pouvait de la sorte empêcher la pénétration de l'air dans l'uté-

rus, et il n'est plus permis de douter que cette pénétration ne puisse être dangereuse ou même mortelle d'après les discussions soulevées, et les preuves apportées par Olshausen (1).

D'autre part, en opérant ainsi, on ne peut assez graduer la force du courant pour éviter à coup sûr que quelquefois un peu de liquide ne soit poussé à travers les trompes jusque dans la cavité abdominale ou dans les sinus béants de l'utérus.

La méthode d'injections que Cohnstein (*l. c.*, p. 96-99) a recommandée pour la métrite chronique n'est pas applicable naturellement aux premières semaines des suites de couches, puisque par l'épuisement de l'utérus des hémorrhagies dangereuses peuvent être produites au niveau de l'insertion du placenta.

Radecki (2) a également obtenu des résultats favorables des essais d'injections utérines pendant les suites de couches faites à l'institution des sages-femmes de Saint-Pétersbourg.

Les injections étaient faites avec de l'eau tiède, à travers une canule à double courant à l'aide de l'entonnoir d'Esmark ; et 3 à 4 litres de liquides étaient employés pour le lavage de la cavité utérine.

De Gruenewaldt, qui déjà auparavant avait fait chez 100 accouchées environ des injections intra-utérines avec une solution de chlorure de chaux, rapporte à l'appui des assertions de Radecki, que dans aucun de ces cas on n'observa de suites fâcheuses.

Comme le reflux de la masse d'injections est plus facile à effectuer chez les accouchées à cause de l'état de la mollesse du col utérin que chez les non accouchées ; comme, en outre, l'entrée de liquide dans les sinus utérins n'est pas à craindre à la suite d'injections lentes faites avec l'appareil ci-dessus indiqué, et comme aussi les résultats obtenus sont favorables, je crois pouvoir les recommander en toute confiance et je les con-

---

(1) *Monatsschrift f. Geb.*, Bd. XXIV, p. 350.
(2) *Petersburger med. Zeitschrift*, IV, Heft. V.

sidère comme complètement inoffensives pour peu seulement que l'on suive les recommandations suivantes :

1° Pour l'injection, l'entonnoir de Hégar est ce qui convient le mieux.

2° L'injection se fera avec de l'eau tiède et lentement.

3° La canule ne doit contenir aucune bulle d'air.

4° La solution d'injection ne sera pas trop concentrée. Il suffit de 0$^{g}$,05 à 1$^{g}$,05 par 50 grammes d'eau de tannin, sulfate de cuivre, permanganate de potasse, acide phénique.

On peut injecter le perchlorure de fer additionné de moitié eau dans les hémorrhagies fortes. On ne peut pas employer pour les injections de nitrate d'argent d'autres solutions que pour les injections intra-vésicales, c'est-à-dire à 0$^{g}$,05 ou 0$^{g}$,125 pour 50 grammes d'eau.

5° On commencera par de petites quantités.

6° Les injections ne doivent être abandonnées ni aux gardes, ni aux sages-femmes. Le médecin doit toujours les pratiquer lui-même.

Pour terminer, passons à l'étude du *Traitement antiseptique des accouchées bien portantes ou malades*, et discutons-le de façon à pouvoir toujours nous y reporter dans la suite : ce traitement étant comme la prophylaxie de la fièvre puerpérale.

Si comme cela ressort clairement de la description de l'état de la surface interne de l'utérus et du vagin de suite après l'accouchement, l'accouchée doit être considérée comme un être porteur de plaies grandes et petites, il ne peut plus y avoir à douter après les imposants résultats de la nouvelle chirurgie, spécialement après la méthode de Lister, à laquelle nous en sommes redevables, que la prophylaxie de l'infection des plaies doit être instituée à l'époque où les plaies commencent à exister; donc pendant l'exploration des femmes grosses et surtout pendant l'exploration des femmes en travail.

Pour rendre les exercices du toucher inoffensifs toutes les personnes qui doivent explorer une femme doivent non seulement se laver les mains dans une solution de 5 p. cent d'acide phénique avec l'aide de la brosse à ongles et du savon phé-

niqué, mais, en outre, oindre le doigt explorateur d'huile phéniqué.

Tous les instruments qui doivent servir à la femme grosse ou en travail, tels que cathéter, canule à injection, bassin, etc., devront être desinfectés à fond avec une solution phéniquée à 5 p. cent et immédiatement avant leur emploi lavés à nouveau avec cette même solution, principalement les cuillers du forceps, crochets, perforateur, cranioclaste, etc., etc. Si l'on a à tamponner le vagin d'une parturiente à cause de la faiblesse de ses contractions ou pour une hémorrhagie, on devra fabriquer le tampon avec de la ouate salicylée ou avec des tampons d'ouate bien imbibés de solution de 2 à 5 p. cent d'acide phénique.

Ce précepte est extrêmement important aussi pour la pratique privée.

Si, pendant l'accouchement, des écoulements odorants se produisent, dus par exemple, à l'issue du méconium, ou à une endométrite, on fera toutes les heures des injections avec la solution phéniquée à 2 p. 100, dans le vagin, et dans les cas d'enfant mort, les membranes étant déjà rompues, directement dans la cavité utérine.

En pareil cas on peut conduire dans l'utérus un tube à drainage ou un cathéter métallique à double courant, et l'y laisser en place pour répéter avec son aide toutes les demi-heures ou toutes les heures ces injections.

On emploiera chaque fois une notable quantité de liquide, soit environ 1 litre à 1 litre et demi pour l'injection.

Dans les maternités où les affections puerpérales se produisent, le soutien du périnée, la recherche des lésions de l'entrée du vagin, l'examen après l'accouchement, en outre, les sutures dans les ruptures existantes, sont des manœuvres qui ne doivent jamais être pratiquées que sous le nuage phéniqué.

Dans tous les cas où l'accouchement a été terminé par une opération, le canal génital (utérus et vagin) doit être immédiatement après l'accouchement lavé avec une solution à 5 p. cent d'acide phénique et ensuite trois ou quatre fois par jour avec

une solution à 2 p. cent. S'il y a des lochies fétides ou des parties contusionnées dans les organes génitaux, ou si l'on a constaté une rétention de lochies (lochiométrie), on peut employer avec succès le drainage de l'utérus, recommandé à juste titre récemment par Fritsch et Schede (1), avec fréquents lavages de la surface interne de l'utérus.

Un tube à drainage de la grosseur du doigt, percé de trous latéraux dans toute sa longueur et un cathéter élastique unis ensemble, sont reliés à leur extrémité par un fragment d'un tube à drainage très fin, long de 2 à 3 centimètres et poussés ensemble dans l'utérus. On peut les laisser en place tout le jour sans être autrement fixés et pratiquer d'une façon parfaite des irrigations de l'utérus et du vagin par le cathéter.

On enlève seulement les deux instruments lorsque l'écoulement lochial a complètement cessé ou qu'il se montre avec de bonnes qualités.

Ce procédé a sur la simple injection l'avantage que l'écoulement des lochies est permanent, qu'une rétention des lochies est absolument empêchée ou n'est que passagère. Cependant l'introduction de l'appareil n'est pas bien facile; en outre, le tube glisse quelquefois malgré toutes les précautions. Ces objections sont cependant applicables aussi aux irrigations et aux injections faites avec la seringue, car l'on arrive maintes fois seulement avec beaucoup de peine au-dessus de l'orifice interne de la matrice : changement de situation de la femme, usage d'un autre instrument, un cathéter d'homme en métal et neuf, etc., surmonteront ces difficultés.

Ces tubes à drainage sont en tous cas meilleurs que les tubes en verre, recommandés par Hildebrandt.

A la clinique d'Olshausen à Halle, récemment on est allé plus loin encore dans le traitement antiseptique des plaies puerpérales, puisque A. Schücking (Centralblatt f. Gynækologie, n° 3; 1877), après les accouchements laborieux et chez les

(1) *Berliner Klin. Wochenschrift.* Fritsch. *Volkmann's Klinik. Vorträge.* n° 107.

femmes atteintes de fièvre puerpérale, a employé le procédé suivant avec de très bons résultats : un gros cathéter métallique à bout coupé, auquel est joint un tube à drainage métallique muni de nombreuses ouvertures, est enveloppé d'une bande de gaze de Lister.

La gaze forme au niveau de la partie vaginale du cathéter un épais bourrelet. Le drain, qui vient se placer dans la région de l'orifice interne de la matrice, doit servir comme une soupape de sûreté pour l'écoulement des liquides de lavage.

La gaze a pour but de mettre les liquides désinfectants en contact avec tous les points de la surface interne de l'utérus et du vagin, de rendre impossible l'oblitération du cathéter par des sécrétions qui s'écoulent et pendant la passagère interruption de l'irrigation, de donner par cette sorte de pansement intérieur des garanties de protection antiseptique aux plaies de la muqueuse.

L'accouchée repose sur une sorte de chassis percé garni de tissus de caoutchouc.

Immédiatement après l'accouchement, le cathéter enveloppé de gaze est introduit jusqu'au fond de l'utérus. Après un rapide lavage avec une solution à 5 p. cent, le robinet, dont se trouve muni le cathéter, est réglé de telle sorte que le contenu de l'irrigateur ne peut s'écouler qu'en plusieurs heures. Le liquide destiné à cette irrigation permanente est une solution à 10 p. cent de sulfate de soude avec 5 p. cent de glycérine, ainsi que Angelo Minicle (de Venise) l'a recommandé : ce désinfectant n'est pas irritant, n'offre aucun danger de résorption et est assez inodore. Le cathéter est retiré toutes les douze heures et entouré d'une bande de gaze nouvelle, trempée dans une solution d'acide phénique à 5 p. cent et lavée.

Ce mode de traitement est, si l'on a soin de disposer comme il convient la femme, très bien supporté pendant six ou huit jours.

Mais si déjà quelque affection septique survient pendant les suites de couche, la méthode est alors modifiée en ceci que, d'abord on fait un énergique lavage avec la solution à 5 p. 100

et ensuite avec la solution de sulfate de soude qui est remplacée quelque temps après par la solution à 3 p. 100 d'acide phénique.

Les modifications ci-dessus décrites de l'irrigation antiseptique permanente doivent être employées à titre prophylactique chez les accouchées bien portantes, après un accouchement difficile, de longue durée et pendant les endémies puerpérales existant dans un établissement. Le procédé a d'abord été mis en usage seulement dans les maisons d'accouchement, parce qu'il comporte des détails minutieux, qu'il est onéreux pour les accouchées, et peut-être aussi douloureux. Il paraît très vraisemblable cependant qu'il lui sera fait bon accueil dans les établissements, puisque je l'ai déjà en 2 cas employé avec succès.

Car si l'on peut, par la méthode antiseptique, spécialement par l'emploi de l'acide phénique, selon Lister, avec la plus exacte purification d'air possible, écarter seulement les éléments nuisibles apportés aux plaies par l'air, ou diminuer la multiplication, voir même tuer les éléments d'infection moléculaires, capables de reproduction (bactéries sphériques), apportés sur les plaies par les doigts ou les instruments, ou enfin rendre inoffensifs les matériaux septiques produits par les bactéries, il est certain que la méthode antiseptique diminue extraordinairement l'inflammation locale, la sécrétion, la suppuration, et diminue d'une façon remarquable les dangers auxquels leurs plaies exposent les accouchées. Malgré cela, si la fièvre s'allume, on peut donner à l'intérieur l'acide phénique (0 gr. 50 p. 175 grammes) plusieurs jours de suite avec de bons résultats. Autrefois, et surtout il y a deux ans, lorsque l'action antifébrile des grandes doses d'acide salicylique fut connue, je l'employai beaucoup de fois aussi pour des affections puerpérales, naturellement uni aux injections d'acide salicylique dans le vagin et l'utérus. Mais j'en suis revenu dans ces derniers temps, et à la vérité, si de grandes doses de ce médicament pris à l'intérieur abaissent très rapidement et au plus haut point la température, cet abaissement

dure peu, et le pouls n'est pas du tout retardé d'une façon correspondante. Aussi ai-je été bientôt obligé de revenir à la digitale, et j'emploie maintenant à l'extérieur beaucoup moins qu'avant l'acide salicylique, car l'acide phénique est bien plus facilement soluble, et injecté dans les organes génitaux à 2.5 p. 100, il est très bien supporté. Avec la solution de sulfate de soude et de glycérine je n'ai pas encore fait assez d'expériences pour pouvoir porter, dès maintenant, sur ce moyen thérapeutique, un jugement motivé.

Aussi bien n'ai-je aucune raison d'abandonner l'acide phénique de nouveau, puisque l'injection de solution à 2 p. 100 de cet acide ne détermine ni sensations douloureuses chez les accouchées, ni accidents d'intoxication même par leur emploi prolongé.

Dans les cas où nous avons employé, à l'exemple de Schücking, l'irrigation permanente de l'utérus avec une solution à 2 à 3 p. 100 d'eau phéniquée pendant cinq à huit jours, nous n'avons eu à enregistrer absolument aucun accident imputable à cette énergique désinfection.

---

## REVUE DE LA PRESSE

### LYMPHADÉNITE ET LYMPHANGITE PELVIENNES NON PUERPÉRALES (1).

**Par le Dr Mundé, de New-York.**

On connaît depuis longtemps l'existence d'un fin réseau de vaisseaux lymphatiques autour de l'utérus, des ovaires et des trompes, pénétrant dans tous les recoins du tissu cellulaire pelvien. Les planches de Hunter, Cruveilhier, Cruikshank, Sappey et Mascagne représentent admirablement ce vaste système de vaisseaux absorbants du bassin de la femme. Ces dessins ont été pris, pour la plupart, sur des pièces injectées au

(1) Extrait de l'*American Journal of obstetrics*, octobre 1883. Trad. par le Dr Cordes (de Genève).

mercure, et ne sont que le résultat de dissections anatomiques et macroscopiques.

A Lucas-Championnière, de Paris, et Gerhard Léopold, de Leipzig, nous devons nos connaissances complètes des sources et des terminaisons de ces vaisseaux, poursuivis dans leurs plus fines ramifications.

Dans sa monographie fort instructive sur les lymphatiques utérins et la lymphangite utérine, qui date de 1870, Championnière discute principalement la signification pathologique de la lymphangite pelvienne dans ses relations avec les maladies puerpérales. Plus tard, en 1875, dans son article sur les lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie interne (*Arch. de Tocol.*), il décrit plus en détail les relations anatomiques de ces vaisseaux, à l'état sain et dans la maladie, et leur importance dans les affections pelviennes non puerpérales. Ce mémoire est accompagné de planches.

Les terminaisons et les ramifications déliées des lymphathiques, leur origine dans la muqueuse utérine, sous forme de touffes sans nombre, qui se joignent pour former de nombreux vaisseaux microscopiques, qui s'unissent à leur tour pour faire des canaux plus larges, l'existence de ce réseau microscopique dans l'utérus, dans la trompe et dans le tissu connectif, mentionnée, par Championnière, ont été démontrées par les planches de Léopold (*Arch. f. Gyn.*, 1873), faites sur des pièces traitées par des injections parenchymateuses colorées.

Ces deux observateurs ont trouvé les lymphatiques élargis par places, présentant des ampoules dans lesquelles peut se ramasser la lymphe et le pus ; Championnière, en particulier, mentionne la présence de bouquets de vaisseaux dilatés en sacs, au-dessus et derrière les culs-de-sac latéraux du vagin. Ce réseau communique avec les espaces lymphatiques de la cavité pelvienne, et, par là, avec le canal thoracique. Quant aux glandes qui, dans les autres parties du corps, accompagnent le système lymphatique, nos connaissances sont assez limitées. Championnière, il est vrai, dit que les lymphatiques

utérins se rendent dans de nombreux ganglions : ceux du corps de l'utérus aux ganglions des ligaments larges de la région iliaque, quelques-uns aux glandes lombaires placées sous le péritoine; ceux du col se rencontrent au point de jonction du corps avec le col, forment un plexus mêlé à celui des artères et des veines et s'abouchent dans de très petites glandes, près du bord de l'utérus; puis on trouve une glande plus grosse, et les vaisseaux se divisent en larges bouquets : quelques-uns s'anastomosent dans le tissu cellulaire, derrière l'utérus, avec ceux du côté opposé, ; d'autres accompagnent les vaisseaux utéro-ovariens dans le ligament large. La figure 12, de Savage, empruntée à Cruveilhier, représente fort bien les glandes et les ganglions distendus de l'utérus puerpéral et de son voisinage.

La glande la plus grosse et la plus constante que Championnière ait vue, est celle qui se trouve sur le côté du col, au-dessus et en arrière du vagin. A partir de ce ganglion, il a souvent observé une chaîne de petites glandes s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne latérale. Ce point est le centre le plus fréquent de la douleur et de l'inflammation circum-utérine.

Ni Championnière, ni Léopold n'ont trouvé ni figuré de glandes derrière l'utérus, dans le tissu cellulaire lâche qui tapisse le péritoine, au niveau de la face postérieure de l'utérus, entre le fond du cul-de-sac de Douglas et le fond du vagin. Ils n'ont décrit que de nombreux vaisseaux lymphatiques. Léopold semble avoir négligé l'étude des glandes pelviennes et ne s'être occupé que des vaisseaux que lui ont fait découvrir les injections parenchymateuses.

Le système lymphatique du bassin de la femme consiste donc dans un immense réseau de vaisseaux, s'ouvrant sur la muqueuse de l'utérus et de la vessie et sur le péritoine, probablement aussi dans le tissu cellulaire, par d'innombrables petits orifices, et convergeant dans des canaux plus larges, présentant des dilatations en forme de sacs ou de poches, et se terminant dans des conduits d'un plus gros calibre qui s'abouchent dans le canal thoracique. Ces canaux tortueux se réu-

nissent quelquefois pour former des sortes de ganglions et sont, en cet endroit, interrompus par des glandes, dont les plus constantes se trouvent dans le tissu cellulaire situé au-dessus des culs-de-sac vaginaux, sur les côtés, entre les feuillets des ligaments larges, dans les fosses iliaques et de chaque côté de la colonne vertébrale.

Il faut noter que les ovaires et les trompes sont aussi riches en lymphatiques que l'utérus, mais que la muqueuse vaginale n'a que peu de pouvoir absorbant; ce n'est que lorsque l'épithélium est enlevé que les lymphatiques sont ouverts aux impressions extérieures.

Le système lymphatique a une immense influence sur la nutrition et la pathologie des organes sexuels. Autrefois, lorsqu'on attribuait la nutrition aux lymphatiques, on attribuait aux veines toute la pathologie de l'accouchement ; on parlait de phlegmon, de métro-phlébite, mais jamais de métro-lymphangite.

D'après les recherches de Tonnelé (1829), Nonat, Cruveilhier, Velpeau, Botrel (1845), Copland (1858), Tarnier (1867), et parmi les Allemands, de Virchow, Hildebrandt, Veit, Spiegelberg, qui ne font guère que suivre Cruveilhier, on a universellement reconnu la part active, presque essentielle, que prennent les lymphatiques dans le transfert du pus et des matières septiques, *pendant et après l'accouchement;* tous les traités classiques parlent dans ce sens des affections puerpérales inflammatoires. Il est surprenant qu'on ait pu si longtemps ignorer quelles étaient les voies d'absorption du pus et des poisons, puisque chaque autopsie de femme morte de métro-péritonite puerpérale montre les ligaments larges laissant couler le pus par les moindres fissures.

L'influence des lymphatiques dans le transfert des matières septiques et dans la production de l'inflammation des annexes utérines dans l'*état de vacuité* est loin d'avoir obtenu l'attention qu'elle mérite. Les gynécologistes et les auteurs ont, il est vrai, parlé et écrit, d'une manière générale, sur la production d'une inflammation des tissus circa-utérins, du péritoine et

du tissu connectif, et sur une congestion ou une inflammation « lymphatique » des ovaires, par une irritation traumatique ou inflammatoire de l'utérus. Ils ont traité de ces affections secondaires comme de « péritonite pelvienne », de « cellulite », d'« ovarite »; mais ils ont totalement omis la relation entre la maladie primitive et la maladie secondaire, et les lymphatiques intermédiaires, sans lesquels la maladie secondaire n'aurait probablement pas existé. Mieux encore, ils ont oublié que ces lymphatiques, ces transmetteurs du virus ou de l'irritation, sont susceptibles de s'enflammer eux-mêmes et de devenir, eux aussi, le siège d'affections *diagnostiquables* et traitables. Ils ne se sont pas avisés que ce qu'ils s'attachaient à voir partout ailleurs, l'inflammation par exemple, des lymphatiques de la peau, qui s'étend vers le centre. avec ses traînées rouges, accompagnée de gonflement des glandes voisines, doit se produire naturellement dans les organes pelviens tout de même. C'est ainsi que, tandis que chacun parle de métrite, de cellulite, de péritonite, d'ovarite, à peine entend-on nommer la lymphangite ou la lymphadénite circum-utérine. Ce que l'on regarde comme un des facteurs principaux dans la maladie puerpérale, on l'omet en dehors de l'état puerpéral. Il faut cependant admettre qu'il n'existe pas de raison pour laquelle une cause inflammatoire ou une infection septique ne serait pas transmise, de l'utérus ou du vagin, par les lymphatiques, jusqu'aux parties voisines, aussi sûrement en dehors de la puerpéralité que pendant les couches. Sans doute les vaisseaux dilatés et l'hyperhémie des organes facilite l'absorption.

Dans ces dix dernières années, j'ai rencontré assez fréquemment des cas où le toucher vaginal révélait un paramétrium extrêmement sensible, chaud et boursouflé, sans effusion plastique distincte et sans élévation de la température générale. Les mouvements communiqués à l'utérus étaient possibles, mais douloureux; les ovaires paraissaient gonflés et douloureux. l'utérus était hyperplasié. Je ne savais pas m'expliquer cette sensation spéciale de boursouflement et de plé-

nitude du fond du vagin, et j'étais obligé de dire à mes élèves que c'était de l'infiltration séreuse, semblable à un œdème inflammatoire. Cette explication ne me satisfaisait point ; je ne me rendais pas compte de ce qui me semble maintenant parfaitement simple : c'était un engorgement inflammatoire des vaisseaux lymphatiques qui entourent de si près l'utérus.

D'autres fois, j'ai noté de légères indurations à la surface de l'utérus, en avant ou en arrière, des élevures sensibles assez peu distinctes, au-dessus du fond du vagin, que je croyais être des points d'exsudation plastique du tissu cellulaire. L'utérus était toujours mobile. Je suis maintenant convaincu que c'était des glandes lymphatiques enflammées.

Lorsque j'étais encore hésitant, un article du Dr J.-S. Carreau, de New-York, inséré dans le *Medical Record* du 2 juillet 1881, et intitulé : « Adénite et angioleucite du tissu cellulaire pelvien, » me tomba sous les yeux. Carreau parle des recherches de Léopold, entreprises pour démontrer l'existence d'un système lymphatique dans l'utérus et dans ses annexes, de ganglions lymphatiques et de plexus irréguliers sur la surface antérieure et la postérieure de l'utérus, et dans les ligaments larges ; il cite Cruveilhier qui a fait voir quelques-uns de ces ganglions pleins de pus après l'accouchement, et Courty (*Ann. de Gyn.*, avril 1881), qui a décrit une « adénite circum-utérine » : puis il rapporte trois cas observés par lui-même, tellement semblables à ceux dont je viens de parler, que leur vrai caractère me sauta aux yeux.

Dès lors, j'ai minutieusement observé mes malades, à ce point de vue, et, parmi un grand nombre dont je n'ai pas publié les cas, qui présentaient ce boursouflement diffus, j'en ai trouvé six qui étaient aussi immanquablement qu'on pouvait le désirer des cas d'adénite et de lymphangite. Chaque fois, l'affection se trouvait derrière l'utérus et un peu sur le côté. Quatre fois l'utérus était très mobile ; deux fois il était fixé par une ancienne péritonite, dont l'existence n'était pas douteuse; toujours l'utérus était rétroversé.

Deux des malades, étant à l'hôpital, ont été fréquemment

examinées par d'autres médecins, qui ont vérifié mon diagnostic. Les quatre autres appartenant à ma clientèle privée, je ne puis fournir d'autre témoignage que le mien.

Cas 1. — Mme W..., 36 ans, mère d'un enfant de 14 ans, m'est envoyée par le Dr E.-C. Séguin, en octobre 1881. Elle se plaint d'une sacralgie constante, d'une douleur brûlante dans la région ovarique gauche, de céphalalgie et de névroses diffuses, dont le Dr Séguin ne peut trouver la cause.

A l'examen, je trouvai l'utérus très gros, rétrofléchi, un raccourcissement du ligament large gauche, et, dans le cul-de-sac postérieur, à gauche du bord utérin, fixés en apparence à cet organe, trois petits nodules du volume d'un pois, celui de gauche mobile, les deux autres fixés. L'examen étant douloureux, je ne pus replacer l'utérus avec la main ; je ne pus le faire qu'avec la sonde. Les ovaires n'étaient pas gros, mais la pression bi-manuelle causait une forte douleur et fut suivie d'un état nerveux et de la céphalalgie dont j'ai parlé. La malade n'avait pas eu de cellulite pelvienne, l'utérus était parfaitement mobile, mais reprenait sa flexion aussitôt qu'on retirait le *replaceur* ou le doigt. Comme je pouvais parfaitement dessiner les ovaires, je savais que ces nodules n'avaient aucune connexion avec ces organes. Ils n'étaient pas formés de lymphe plastique, puisque l'un d'eux était mobile, et l'utérus aussi ; les ligaments raccourcis n'étaient pas épaissis. L'idée me vint aussitôt que ces nodules étaient des glandes lymphatiques enflammées, et je me rappelai le mémoire du Dr Carreau. La sensation qu'ils donnaient au toucher était exactement celle que donnent les glandes inguinales dans les cas spécifiques. Le museau de tanche était ouvert, un peu ulcéré, et son bord était parsemé d'œufs de Naboth.

Je fis des injections d'eau chaude, des applications de teinture d'iode pure ou mêlée avec la teinture d'aconit, P.E. sur le col et le fond du vagin, et des tampons saturés d'un mélange d'iodoforme, de chloral et de glycérine, répétant ce traitement tous les deux jours, pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce que je trouvai les glandes diminuées de volume et le fond utérin assez peu douloureux pour pouvoir supporter la pression des doigts destinés à le replacer. Lorsque j'eus réduit l'utérus, je plaçai un pessaire d'Albert Smith, muni d'une barre postérieure en forme de bulbe, espérant ainsi soutenir le fond et permettre à la malade de se passer de traitement local. Ce fut en

vain : tous les pessaires que j'essayai causèrent bientôt de la douleur et furent déplacés par le tiraillement constant, exercé sur le fond utérin par les ligaments gauches raccourcis. Je fus donc obligé d'y renoncer, de relever le fond de l'utérus, de distendre le vagin, d'étendre les ligaments, et de soulager la congestion au moyen d'une « colonne de tampons de coton ».

Je continuai ce traitement tous les deux jours, pendant au moins six mois. La santé générale de la malade s'améliora, le volume de l'utérus diminua, la sensibilité rétro-utérine disparut, et les glandes engorgées ne furent plus perceptibles.

Pendant l'année dernière, Mme W... n'eut que peu à se faire traiter. L'utérus n'est plus fléchi, il n'est que rétroversé ; la malade ne s'en plaint pas. De temps en temps, elle revient avec la même sacralgie et la douleur ovarique gauche : je trouve chaque fois le *rétro-métrium* douloureux, et une ou plusieurs des glandes perceptibles. Le même traitement réussit toujours.

Il ne faut pas omettre qu'un facteur important dans le traitement a été la ponction des œufs de Naboth, qui se développaient chaque fois que les anciens symptômes reparaissaient.

Je ne saurais dire quelle était la cause de l'adénite : ce peut être l'irritation causée par les œufs de Naboth, ou l'hyperhémie intense de l'utérus. L'endométrium était sain, et les règles, quoiqu'elles augmentassent les douleurs, étaient normales en quantité et en caractère.

Cas II. — Mme G..., 24 ans, nullipare, me fut envoyée par le Dr Denison de Denver, Colorado. Elle avait eu une pelvi-péritonite avant son mariage, de la rétroversion avec des adhérences. Elle souffrait d'une sacralgie constante.

A l'examen, je trouvai l'utérus rétroversé, immobile ; le fond adhérait au rectum. Derrière le col, au-dessus du cul-de-sac postérieur, je trouvai quatre petits corps mobiles, du volume d'une aveline, dont la pression était fort douloureuse, et non adhérente à l'utérus.

Avec le spéculum, je constatai un catarrhe cervical intense Essayant d'élever le fond utérin avec la sonde, je produisis une douleur si vive, que je fus obligé de faire à la malade une injection de morphine, et de la garder chez moi toute la nuit. Cet accident n'eut pas d'autre conséquence. Je diagnostiquai : rétroversion avec adhérences rétro-

utérines, lymphadénite pelvienne, probablement causée par un catarrhe cervical chronique.

Tout traitement contre les adhérences et le catarrhe étant contre-indiqué par l'excessive sensibilité de Mme G..., je fis le même traitement que pour le cas I, en y adjoignant la galvanisation. J'appliquai l'électrode négative profondément dans le rectum, et la positive, terminée par une large éponge, sur l'hypogastre, et je fis passer le courant fourni par 10 ou 16 éléments, pendant vingt à trente minutes chaque fois. Cette partie du traitement eut un excellent effet, les douleurs sacrées et abdominales disparurent entièrement; la sensibilité rétro-utérine s'évanouit, et, après deux mois de traitement, les glandes n'étaient plus perceptibles. Peut-être l'application de suppositoires iodoformés de 30 centigr. chacun a-t-elle quelque chose à réclamer dans ce résultat.

Le catarrhe cervical fut beaucoup amélioré par un curage léger fait avec la curette tranchante, et l'application répétée du phénol iodé. Je n'osai pas faire davantage chez une femme aussi susceptible.

La malade retourna chez elle parfaitement bien, au point de vue de l'état douloureux ; l'adhérence utérine est toujours la même.

Cas III. — Mme A. P..., couturière, 38 ans, n'a eu qu'un enfant, il y a douze ans ; elle m'est adressée par le Dr G.-M. Ransom. Elle a été traitée par plusieurs médecins, mais sans obtenir un grand soulagement. Elle se plaint d'une sacralgie intense, de pesanteur abdominale, de gêne dans la station debout ou assise, de dysménorrhée et de ménorrhagie. Je la reçus à l'hôpital du Mont-Sinaï en janvier 1883. Je trouvai l'utérus rétroversé, fort gros, la sonde pénétrait jusqu'à 9 centimètres ; le tissu utérin était dense et dur, l'organe mobile, les ovaires ne paraissaient pas augmentés de volume ni déplacés, le col n'était pas déchiré. Immédiatement derrière le col, au-dessus du cul-de-sac postérieur, je perçus distinctement cinq nodules, très sensibles, mobiles, du volume d'un pois, et un grand nombre de masses semblables à des vers de pêcheur, douloureux au toucher.

C'est le cas le plus net que j'aie encore rencontré.

Lorsque l'utérus fut replacé, mon doigt ne put plus sentir ces nodules, qui ne pouvaient être des fibroïdes, puisqu'ils étaient mobiles, et ne paraissaient pas attachés à l'utérus.

J'informai le Dr Ransom de ma découverte, et il me répondit qu'il avait trouvé ces nodules, et supposé que c'était des glandes lympha-

tiques enflammées. J'ai su plus tard que le Dr Alfred-R. Crain avait posé le même diagnostic. Le Dr H.-J. Garrigues decouvrit aisément ces petites tumeurs, ajoutant qu'il n'avait jamais rien senti de semblable. Un grand nombre de médecins ont examiné cette malade à la Polyclinique de New-York, et reconnu l'état local.

Le Dr Ransom me dit qu'il avait essayé nombre de pessaires, et que la malade n'en pouvait supporter la pression.

Je commençai donc un traitement d'applications iodées dans l'utérus et le fond du vagin, de tampons de coton, trois fois par semaine, pendant trois mois environ. Je fis faire des injections chaudes chaque jour. La malade s'améliorait momentanément, les glandes diminuaient et devenaient moins douloureuses ; puis le mieux disparaissait. j'essayai en vain un pessaire, espérant que les glandes seraient ainsi débarrassées de la pression constante exercée sur elles par l'utérus ; la malade ne put le garder un jour. En désespoir de cause, je fis l'amputation du col, espérant diminuer le volume de l'utérus, en causant l'involution de l'organe. Je savais bien que je m'enlevais ainsi la possibilité de me servir des pessaires, puisque l'enlèvement du col faisait disparaître le cul-de-sac postérieur ; mais les pessaires n'avaient jamais fait aucun bien. J'amputai avec le galvano-cautère, à 6 millimètres du fond du vagin. La plaie se cicatrisa graduellement, et le résultat fut extrêmement satisfaisant. La sacralgie disparut avant que l'opérée pût quitter son lit, les glandes devinrent presque imperceptibles, et la malade demanda son *exéat* trois semaines après l'opération, se déclarant beaucoup mieux. La suite nous apprendra si elle continua de bien aller.

CAS IV. — Mme L. L..., maîtresse d'école, 38 ans, a eu quatre enfants et quatre fausses couches ; elle est malade depuis seize ans ; bien réglée; se présente à mon dispensaire le 23 novembre 1882, pour une douleur dans le sacrum et le côté gauche du ventre, augmentée par la marche. Un peu de leucorrhée. Le toucher révèle une rétroversion accusée, un utérus volumineux, de 76 millim. de profondeur ; le museau de tanche est petit et circulaire. Elle a été opérée par le Dr Skene, il y a un an, pour une déchirure du col. Toute la surface postérieure du col est parsemée de petits nodules très sensibles, mobiles, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une aveline, l'utérus est mobile ; l'utérus étant replacé, les nodules ne sont plus perceptibles. L'état était le même que celui du cas II, sauf le nombre des glandes.

La malade fut examinée par mes assistants, par une dizaine de médecins, parmi lesquels le Dr Carreau ; tous partagèrent mon opinion. Le Dr Carreau reconnut la ressemblance de ce cas avec ceux qu'il a rapportés, et diagnostiqua une lymphadénite rétro-utérine.

La malade, examinée de nouveau quelques jours après par d'autres médecins, ne put suivre un traitement, étant obligée d'aller prendre une place qu'on lui offrait dans l'ouest, je ne l'ai pas revue.

*(A suivre.)*

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

*Séance du 3 octobre 1883.*

**Hypertrophie des mamelles.** — M. Mansell Moulins présente une fille de 18 ans atteinte d'hypertrophie des deux mamelles. Sa santé générale a toujours été excellente. Les mamelons sont petits, les aréoles assez grandes.

M. Champneys a observé un cas de cette nature à la clinique de Billroth, que ce médecin a guéri en faisant rester la malade au lit, les seins élevés.

**Tumeur du clitoris.** — M. W. A. Duncan présente une tumeur fibro-celluleuse volumineuse qui avait envahi le clitoris et les deux petites lèvres et dont il a fait l'extraction.

**Rupture d'un kyste de l'ovaire.** — M. W. A. Duncan présente aussi une tumeur ovarienne multiloculaire dont un des kystes s'était rompu pendant qu'on procédait à l'examen de la malade. Cette rupture avait déterminé une péritonite mortelle.

**Arrêt de développement d'un fœtus jumeau.** — Le Dr Edis présente un fœtus ratatiné qui avait été expulsé avec son placenta atrophié, sept heures avant un autre fœtus né viable au septième mois. Le premier paraissait être mort deux mois avant.

M. Malins a observé un cas dans lequel un des fœtus était né viable au huitième mois, tandis que le développement de l'autre s'était arrêté au quatrième mois. Ces cas sont des exemples de tolérance de la part de l'utérus et ont également un intérêt au point de vue médico-légal.

**Placenta succenturié.** — M. Champnez présente un placenta succenturié et déclare qu'en examinant le délivre, il était impossible de diagnostiquer la rétention d'un pareil corps dans l'utérus.

M. Dolz considère ces cas comme intéressants au point de vue médico-légal. Il fut appelé un jour près d'une femme qui mourut d'hémorrhagie causée par la rétention d'un débris placentaire.

Cette femme avait été soignée par un charlatan qui, lors de l'enquête faite par le coroner, affirma que le débris placentaire resté dans l'utérus n'était autre chose qu'un placenta surnuméraire, ce qui fut accepté par la justice.

**Gangrène pendant la grossesse.** — M. Swagne rapporte une observation de gangrène au septième mois de la grossesse, survenue après un long voyage, qui envahit les téguments et les muscles, sur un espace de la largeur du poing, au niveau du tiers supérieur et interne de la jambe droite.

Elle avait été précédée d'un processus symptomatique qui s'était manifesté quatre jours avant l'accouchement prématuré, mais qui ne devint grave qu'après l'accouchement. Son intensité s'accrut alors à ce point qu'elle amenait la mort au troisième jour. Il n'y avait ni plaie ni traumatisme auxquels on ait pu attribuer un rôle étiologique.

M. Burchell dit que, malgré l'obscurité qui règne dans la pathogénie de ce cas, il est difficile de l'attribuer à une hernie crurale étranglée.

M. Hermann demande si ce ne serait pas un cas de gangrène charbonneuse.

M. Swagne répond que l'explication la plus plausible qu'on en puisse donner, c'est de considérer ce cas comme résultant de la compression énorme exercée sur les vaisseaux iliaques par un corset très serré que la malade avait l'habitude de porter. La situation de la tumeur excluait l'idée de hernie étranglée; l'absence de pustule ne pouvait faire penser à une pustule maligne; l'absence d'une rougeur diffuse ne permettait pas non plus d'admettre l'existence d'un érysipèle.

**Anatomie, physiologie et pathologie de l'orifice interne.** — M. Henry Bennett lit un mémoire sur ce sujet. Le sphincter de l'orifice interne, de même que tous les anneaux de cette nature, est fermé à l'état de repos. Ce fait, qui est admis depuis longtemps, a servi de base à la thérapeutique utérine. Etant fermé à l'état physiologique, ce sphincter

empêchait l'introduction de sondes métalliques, mais laissait passer une petite bougie de gomme. En se servant de ces bougies, l'auteur a reconnu, en 1846, que la cavité utérine n'était pas rectiligne, mais bien concave antérieurement. La grossesse a pour effet de développer le sphincter d'une façon considérable. Il s'ouvre légèrement avant, pendant et après la menstruation et probablement pendant le coït. Il est relâché par le fait d'affections telles que les fibromes, la métrite chronique, etc. Quand la sonde y pénètre facilement, c'est signe d'un état morbide de l'utérus. Ce fait a servi de base pour la théorie et le traitement de la stérilité.

M. Galabin est convaincu de l'existence d'un sphincter à l'orifice interne, qui est démontrée par la constriction qu'on constate souvent quand on introduit une tige de laminaria, et par la contraction rapide qui succède à la dilatation de l'orifice. Mais il n'est pas complètement de l'avis de M. Bennett en ce qu'il n'admet pas que cet orifice soit normalement clos. Quand on ne peut faire passer une sonde ordinaire, on n'a qu'à en prendre une plus petite, sans renflement terminal. Il croit en outre que le traitement de la stérilité par l'incision et la dilatation du col laisse beaucoup à désirer. Il a eu, à ce point de vue, de bien meilleurs résultats par la dilatation à l'aide des bougies que par l'incision. Il serait très utile que ceux qui ont pratiqué cette opération fassent connaître le nombre de grossesses qu'ils ont obtenues dans une série de cas.

M. Gervis faisait rarement l'incision autrefois, mais dernièrement il l'a pratiquée dans des cas où il y avait incontestablement un rétrécissement et il en a obtenu de bien meilleurs résultats. Quand le rétrécissement n'affectait que l'orifice externe, il employait la division des lèvres du col.

M. Heywood Smith proteste contre l'emploi des ciseaux pour diviser l'orifice externe, parce que l'on fait ainsi des divisions trop étendues. La façon la plus scientifique d'opérer c'est d'employer le bistouri étroit de Sims.

M. Playfair ne croit pas beaucoup à la sténose de l'orifice interne et n'a aucune confiance dans son incision comme moyen de guérir la stérilité. L'incision de l'orifice externe a été bien des fois suivie de la fécondation et il est d'avis qu'on la pratique encore trop souvent et trop inconsidérément. Pour lui, l'opération est utile en ce qu'elle fait disparaître l'état conique du col qui est, bien plus souvent que la sténose, cause de stérilité.

M. CHAMPNEYS fait remarquer que la difficulté qu'on éprouve à faire pénétrer la sonde n'est pas une preuve du rétrécissement de l'orifice interne. On peut rencontrer de la difficulté même quand le canal est plus large que d'habitude, quand on n'introduit pas la sonde dans l'axe ou quand sa pointe vient buter contre un repli de la muqueuse. On ne peut affirmer la présence de la sténose que lorsqu'on éprouve de la difficulté à retirer la sonde, son extrémité étant alors arrêtée à l'endroit rétréci.

M. AVELING est certain que la contraction de l'orifice interne est une cause de dysménorrhée et de stérilité et croit que l'incision est plus efficace que la dilatation. Après l'incision, il ne se sert pas de pessaire à tige, mais passe la sonde tous les jours pendant une semaine, puis moins souvent, jusqu'à ce que la cicatrisation se soit effectuée.

M. EDIS croit qu'il y a des cas où l'on doit inciser l'orifice interne et l'orifice externe. Chaque cas doit être traité de la manière dont il se présente et il est impossible d'établir de règles générales. Après l'incision, il emploie un pessaire à tige en surveillant attentivement la malade.

M. MURRAY est d'avis que la simple division de l'orifice utérin est d'une utilité contestable pour guérir la stérilité. Il l'a pratiquée bien souvent sans en avoir obtenu de bons résultats.

M. BENNETT est heureux de voir ses opinions acceptées en principe. La division profonde du col a été et est encore trop facilement pratiquée par beaucoup de médecins, c'est ce qui l'a engagé à établir l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'orifice interne sur une base solide.

Paul RODET.

---

# REVUE DES JOURNAUX

**Le lait utérin dans le placenta humain,** par HOFFMANN. (*Zeitsch. f. Geb. und. Gyn.*, VIII, 2.) — L'auteur a fait ses expériences sur 40 placentas à maturité, et un grand nombre d'autres abortifs, à différentes époques de leur développement. Avec un grossissement de 500 diamètres, il a observé :

1° Des corpuscules rouges, de 4 à 8 millièmes de millimètres, et

d'une couleur variable. Dans les placentas non encore mûrs, ils n'ont que peu de tendance à se former en rouleaux;

2° Les corpuscules rouges avaient de 5 à 10 millièmes de millimètres et étaient plus nombreux que dans les préparations ordinaires du sang;

3° La plus grande partie du champ était occupée par ce qu'on appelle les corpuscules du lait utérin, qui sont arrondis, transparents, pourvus d'une membrane extérieure très mince, peu réfringente; leur diamètre varie de 1 à 2 millièmes de millimètres; ils ressemblent beaucoup aux corps semblables que l'on trouve chez la vache; ils sont plus pâles que les corpuscules du lait mammaire et ressemblent davantage aux corpuscules de l'albumine;

4° Le reste du champ du microscope était occupé par un liquide intercellulaire clair.

Le liquide renfermait en outre:

5° Des cellules déciduales de 25 à 50 millièmes de millimètres, avec des noyaux et des nucléoles;

6° Des corpuscules ronds de 1/2 à 5 millièmes de millimètres, ressemblant aux corpuscules rouges;

7° Quelques petits corps, de formes variées, les uns colorés comme l'hématine, les autres incolores;

8° Quelques groupes de granules pigmentaires;

9° Quelques corpuscules, d'un bleu azuré, de forme irrégulière, dont l'origine est inconnue.

Hoffmann conclut que les matériaux nutritifs fournis au fœtus par le placenta sont le sang et le lait utérin. Le liquide recueilli dans une éprouvette se sépare: les globules rouges se déposent au fond, laissant au-dessus le lait utérin mêlé au sérum; celui-ci forme des flocons épais, d'un bleu opalescent. La couleur du liquide, au moment où on le recueille, varie du rose pâle au rouge cerise.

Hoffmann ne peut pas dire quelle est la proportion du sang et du lait utérin aux différentes époques de la grossesse. Le lait paraît être produit par les cellules de la caduque, ce que croit aussi Ercolani, d'après ses expériences sur les singes.

Voici les conclusions de l'auteur:

1° La caduque a pour fonction, chez les animaux et chez l'homme, de fournir au fœtus une partie de la nourriture nécessaire à son accroissement; dans ce but, la sérotine ou caduque placentaire devient un organe spécial destiné à la *sécrétion* du lait: elle est

expulsée, après la sortie du fœtus, comme une partie intégrante du placenta.

Le produit de cet organe, qu'on a nommé le lait utérin, est sécrété dans les espaces dans lesquels plongent les touffes placentaires. Cette sécrétion se mêle au sang maternel répandu dans ces espaces, et leur mélange forme la nourriture du fœtus, qui se l'approprie à l'aide des touffes placentaires. Le mécanisme de cette absorption sera étudié plus tard. A. CORDES.

---

**Jaunisse des nouveau-nés**, par HOFMEIER. (*Zeitsch f Geb. und Gyn.*, VIII, 2). — Après une discussion sur les diverses théories des causes hépatogéniques ou hématogéniques, l'auteur rapporte ses observations personnelles. La jaunisse infantile est accompagnée d'une perte considérable de poids pendant les premiers jours de la vie, et dans les neuf premiers jours, d'une augmentation extraordinaire de l'excrétion de l'urée, de la production de l'acide urique, d'infarctus uriques acides. L'urine est constamment colorée en jaune ; plus l'enfant est mal nourri, en quantité ou en qualité, plus il perd d'albumine, en même temps qu'il perd proportionnellement en poids. Cette *consommation* d'albumine atteint l'albumine du plasma, et, par suite, affecte les globules rouges et la respiration, qui s'établit à la naissance. Il existe une analogie parfaite entre cette destruction des globules rouges et celle qu'on observe dans les fièvres et dans la narcose chloroformique.

L'ictère infantile est-il physiologique ou pathologique ? Il est pathologique, puisque la bile n'est pas un des éléments constitutifs du sang. Il est physiologique en ce sens que les causes de sa production se trouvent dans les conditions nouvelles que subit l'enfant à sa naissance. « Il n'est que peu d'enfants qui soient placés assez favo-« rablement dès leur naissance, pour pouvoir lutter avec succès, « uniquement avec la nourriture qu'on leur donne, contre les néces-« sités extraordinaires auxquelles est soumis leur organisme ».

A. CORDES.

---

**Maladie des reins dans la grossesse et l'accouchement**, par FLAISCHLEN. (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, VIII, 2.) — Voici les conclusions de ce travail très complet : 1° Dans un ordre de cas, l'anémie réflexe des reins ne peut être attribuée qu'à l'utérus gravide. C'est la

néphrite gravidique. Son résultat anatomique est la modification de l'épithélium des glomérules ; sa conséquence clinique est l'albuminurie. L'épithélium canaliculaire subit une dégénération ; la perte albumineuse augmente et s'accompagne de débris épithéliaux et de cylindres. Ces modifications arrivent le plus souvent vers la fin de la gestation. Lorsque préexiste une inflammation chronique, les troubles circulatoires apparaissent plus tôt et sont plus accusés. La terminaison de la grossesse voit le terme du mal. Il n'est pas démontré qu'il en résulte une néphrite chronique, c'est même fort improbable.

Ce qui constitue le danger de la maladie, c'est la rétention urinaire amenée par la dégénérescence graisseuse des canalicules et l'éclampsie qui en résulte, et met en péril l'enfant et la mère. Dans les cas graves, l'avortement artificiel est indiqué.

2° Dans un second ordre de cas, les troubles circulatoires des reins sont des phénomènes réflexes, dont la parturition est responsable. Ils se rencontrent ordinairement lorsque le travail se prolonge. Dans quelques cas, les troubles vaso-moteurs ont probablement agi comme cause. S'il existe une maladie rénale antérieure à la grossesse, elle risque d'en être augmentée, mais la néphrite gestatrice ne se termine jamais par la chronicité. A. CORDES.

---

**État de la muqueuse utérine pendant la menstruation,** par WYDER. (*Zeitsch f. Geb. und Gyn.*, IX, 1.) — Malgré les travaux de Möricke, de Sinéty, Kundrat, Engelmann, William, Léopold, l'auteur croit que la solution de cette question n'est pas encore trouvée, mais que nous en approchons. Tous ces auteurs croient que la muqueuse perd son épithélium au moment des règles, et présente une plaie ; Wyder a reconnu l'existence d'une grande quantité de cellules interglandulaires, dont quelques-unes présentent des noyaux.

Après l'examen des diverses théories connues, Wyder conclut ainsi: 1° Pendant la menstruation, les couches superficielles de la muqueuse se détachent, les couches profondes restent intactes. Cette exfoliation varie en profondeur, suivant les cas, et les corps expulsés consistent en partie en cellules entières, en partie en cellules détruites et en détritus ; quelquefois on y trouve des filaments muqueux semblables à ceux de la dysménorrhée membraneuse.

2° Cette desquamation est due à l'hémorrhagie et non à une dégé-

nérescence graisseuse antérieure, qui est la suite de la destruction du tissu causée par l'hémorrhagie.

3° Les couches superficielles et moyennes de la muqueuse restantes renferment une quantité de petites cellules, mais ne ressemblent point à la caduque de la gestation. Les couches profondes présentent une hyperplasie cellulaire du tissu interglandulaire, dont le but manifeste est la régénération du tissu éliminé.

4° La dégénérescence atteint aussi bien l'épithélium glandulaire que les îlots épithéliaux qui restent après que les tissus voisins ont été balayés par le sang menstruel. A. C.

---

**Opération césarienne**, racontée par Beumer. (*Arch. f. Gyn*, XX, 3.) — Elle se termina par la naissance d'une enfant vivante, la mère mourut au bout de trente-six heures. L'opération de Porro était rendue impossible par un fibroïde. A. C.

---

# VARIÉTÉS

**Nomination.** — Nous sommes heureux d'annoncer que notre excellent maître, le professeur Pajot, vient d'être désigné par l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris pour occuper la chaire de clinique d'accouchement, en remplacement de M. Depaul, décédé.

**Policlinique de chirurgie des femmes**, du Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29. — Du 1er novembre au 31 août de chaque année, le jeudi, à 9 heures, leçon ouverte au médecins, élèves et sages-femmes sur la présentation de leur carte ; à 10 heures, consultations ouvertes aux auditeurs inscrits.

**Clinique des maladies des femmes.** — M. le Dr Chéron a recommencé ses leçons cliniques à sa clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 5 novembre à 1 heure et les continue les lundis suivants à la même heure.

**Errata.** — L'article de M. Mégrat, publié dans notre dernier numéro, contient un certain nombre d'erreurs typographiques :

Page 246, 10e ligne, *Deubel* au lieu de Denbel.

Page 253. 24e ligne, arrivée *à terme*, au lieu de, au 6e mois
id. avant-dernière ligne, *planchers*, au lieu de planches
Page 255, en note pour la 5e ligne, bien portante (1).

(1) L'accouchement à terme fut facile et rapide et les suites de couches des plus normales.

Page 255, à la 29e ligne, ajouter, *et* devant ballonné.
id. à la dernière ligne, mettre *nombreuses* au lieu de normales.

Page 258, à la 5e ligne, mettre *péri-utérine* ou mieux *latéro-utérine* au lieu de préutérine.

Page 261, à l'avant-dernière ligne, comprendre entre crochets, ainsi [entérite simple ou folliculeuse (fièvre typhoïde)].

Page 265, à la 22e ligne, même remarque, l'intestin [entérite simple (obs. XI) et folliculeuse (obs. XII)].

Page 268, à la 16e ligne, *péritonite localisée ancienne*, au lieu d'ancienne péritonite l...

Page 270. Ajouter à la note : La grossesse parvint heureusement à son terme.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

### (GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

*Opération autoplastique pour l'atrésie du vagin acquise*, par le Dr Harris. (*Amer. Journ. of obstetr.*, octobre 1882, p. 888.)

*Gangrène de la vessie dans un cas de rétroflexion de l'utérus gravide*, par le Dr Krukenberg. (*Archiv. für Gynäk.*, XIX, 2.)

*Cas de grossesse tubo-ovarienne, rupture du kyste, mort*, par Berry. (*The Lancet*, 24 mars 1883, p. 496.)

*Manuel de thérapeutique et de pharmacologie*, par le Dr Paul Rodet, médecin de la Préfecture de police, membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle et des Commissions d'hygiène du département de la Seine. Prix : 7 fr. 50. — Librairie H. Lauwereyns, 1884.

---

*Le gérant :* A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur.
52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

# ANNALES
# DE GYNÉCOLOGIE

**Décembre 1883**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### NOTE SUR LA FÉCONDATION ARTIFICIELLE
### A PROPOS D'UN JUGEMENT DU TRIBUNAL DE BORDEAUX (1).

**Par le Dr A. Leblond.**

Messieurs,

Vous avez chargé une commission composée de MM. Chaudé, Gallard, Horteloup, Léon, Leblond, de vous donner son avis sur un jugement du tribunal de Bordeaux concernant l'opération désignée sous le nom de *fécondation artificielle.*

Permettez moi tout d'abord de vous lire les considérants du jugement, ils vous feront connaître les faits qui ont motivé la décision de la première chambre du tribunal de Bordeaux, rendue dans l'audience du 25 août dernier :

Attendu que L..., docteur en médecine à Bordeaux, réclame aux époux A... 1,500 francs d'honoraires pour une opération pratiquée sur la dame A..., et dont, malgré la réserve que lui impose sa profession, et dont la loi elle-même lui fait un devoir, il dévoile dans

(1) Rapport à la Société de médecine légale, séance du 10 décembre 1883.

son assignation le caractère intime, entrant même à ce sujet dans les détails les plus minutieux;

Que les époux A... ont été attirés chez L... par les réclames que celui-ci multiplie dans les journaux et les promesses qu'il fait au public de detruire la stérilité par un procédé infaillible, et que la femme A... a subi une opération, connue sous le nom de fécondation artificielle, laquelle paraît du reste n'avoir produit aucun résultat et n'avoir pas même été pratiquée avec les précautions et dans les conditions d'examen indiquées par la science;

Mais que, sans avoir à rechercher quelle est, au point de vue scientifique, la valeur du procédé employé par L..., le tribunal ne peut voir dans l'emploi de ce procédé une cause licite d'obligation; qu'il ne consiste plus, en effet, à supprimer, soit chez la femme, soit chez l'homme, les causes de stérilité, de manière à les rendre aptes à la génération, mais à faire concourir à l'acte même de la génération, et pour son accomplissement direct dans ce qu'il y a de plus intime, un intermédiaire entre le mari et la femme, usant de moyens artificiels que réprouve la loi naturelle, et qui pourrait même, au cas d'abus, créer un véritable danger social;

Qu'il importe à la dignité du mariage que de semblables procédés ne soient pas transportés du domaine de la science dans celui de la pratique, et que la justice ne sanctionne pas des obligations fondées sur leur emploi;

Attendu que les époux A... demandent des dommages-intérêts fondés sur ce que la dame A... aurait contracté une maladie intérieure à la suite de l'opération, et sur ce que, dans l'assignation, L... aurait accusé la défenderesse d'avoir essayé de se faire avorter;

Que l'accusation de L... sur ce point est invraisemblable contre une femme qui venait de pousser le désir de la maternité jusqu'à subir une opération de cette nature, et que les propositions qu'il prétend lui avoir été faites à ce sujet auraient à peine suivi l'opération de quelques jours, ce qui ne permettait pas de constater si elle avait abouti;

Mais que les époux A..., en se prêtant à ces pratiquee condamnables, se sont exposés à la situation qui leur a été faite dans ce procès, et que la condamnation aux dépens de L... sera une réparation suffisante, sans qu'il y ait lieu d'ailleurs de recourir, quant à ce, à l'enquête demandée par L..., et qui doit être écartée à raison de son invraisemblance;

Par ces motifs,

Le tribunal, statuant, tant sur la demande principale que sur la demande reconventionnelle, sans s'arrêter à l'offre de preuves de L..., non plus qu'à plus amples conclusions des parties, déclare L... non recevable et en tout cas mal fondé dans sa demande, l'en déboute et le condamne en tous les dépens à titre de dommages-intérêts.

La décision qui précède mérite d'être envisagée à deux points de vue différents. Tout d'abord, le jugement considérant la question du secret médical, blâme le médecin qui n'a pas craint de dévoiler dans son assignation le caractère intime des soins donnés à un client. Cette première partie nous semble devoir être approuvée sans réserves. Ensuite les considérants du jugement condamnent l'opération que l'on désigne sous le nom de *fécondation artificielle*. Sur cette seconde partie nous élèverons des critiques et nous nous efforcerons de démontrer que les juges ne se sont pas rendu un compte exact de l'opération qu'ils ont cru devoir condamner.

Le médecin que lie le secret professionnel n'a pas le droit, dans une citation par huissier faite en vue de réclamer des honoraires, d'énoncer la nature de la maladie pour laquelle il a donné des soins; la citation étant un acte public, le médecin divulgue alors un secret qui lui a été révélé dans l'exercice de sa profession et que la loi lui fait un devoir de taire.

Dans un article intitulé : *Du secret médical* et publié en 1864 dans les *Annales d'hygiène*, t. XXI, p. 408, sous la signature de M. Claudé, nous voyons un médecin condamné, par le tribunal correctionnel de la Seine, à une année d'emprisonnement, 500 fr. d'amende, 5 ans de surveillance de la haute police et 1000 fr. de dommages-intérêts pour avoir introduit, dans une citation à comparaître devant le juge de paix, des articulations portant atteinte à l'honneur et à la considération de son client.

Il s'agissait d'un médecin, le Dr Z..., qui fit, à la date du 14 décembre 1863, par acte d'huissier, citer le sieur N... devant

le juge de paix en conciliation, préliminaire obligé de toute instance judiciaire.

« Pour se concilier sur la demande que le requérant entend former contre lui au payement de la somme de 300 fr., soit pour visites et soins donnés à sa belle-mère dans une maladie, soit pour consultations, opérations et soins donnés à sa femme pour une maladie secrète, soit pour consultations à heures fixes, opération, cautérisation pratiquées sur lui-même et l'avoir traité et guéri de deux maladies syphilitiques graves contractées à des époques différentes dans le courant des années 1862 et 1863. »

Cet acte, ainsi libellé, fut déposé chez le concierge de la maison où habite le sieur N... ; ce dernier vit dans ces faits une atteinte portée à sa considération ; selon lui, le docteur avait commis un double délit, celui *de diffamation*, prévu et puni par la loi de 1819, et celui de *divulgation de secret* prévu et puni par l'article 378 du Code pénal, et il l'assigna devant le tribunal de police correctionnelle.

Le tribunal ayant admis le délit de diffamation et de divulgation de secret, condamna le Dr Z... aux peines que nous avons énoncées précédemment.

Nous avons tenu à rappeler ce jugement, qui diffère peu de celui du tribunal de Bordeaux, en ce qui concerne le secret médical, afin de bien montrer que le médecin qui divulgue un secret qu'il a été appelé à connaître dans l'exercice de sa profession, commet un délit qui l'expose à des peines sévères, si sa divulgation porte atteinte à l'honneur et à la considération de son client.

Le tribunal de Bordeaux nous paraît donc avoir apprécié judicieusement la question du secret médical, en condamnant le Dr L...

Sans doute un tribunal chargé de régler une question d'honoraires peut avoir besoin d'être éclairé sur la nature des soins qui ont été donnés, afin de rendre un jugement équitable ; mais alors le médecin demandeur doit remettre au président une note confidentielle qui sera lue en chambre du conseil et ne sera pas rendue publique.

Le second point de vue, sous lequel nous devons envisager le jugement, a trait à la fécondation artificielle. Les juges ne nous paraissent pas s'être pénétrés de la véritable nature de l'opération, quand ils déclarent qu'elle est susceptible de créer un véritable danger social, en produisant la fécondation par des moyens artificiels que réprouve la loi naturelle.

Permettez-nous donc de vous exposer, aussi brièvement que possible, en quoi consiste la fécondation artificielle; vous verrez alors que l'opération, loin de présenter un danger social, comme les juges l'ont supposé, permet, au contraire, l'extension de la famille, suivant des lois physiologiques parfaitement acceptables et ne répugnant en rien à notre conscience. Sans doute, le médecin qui ne craint pas d'user d'annonces mensongères, pour s'attirer la clientèle des femmes stériles, ne mérite en rien notre sympathie; mais lorsque l'opération est pratiquée par un homme honorable, avec toutes les réserves que comporte la situation, nous ne voyons pas comment la morale pourrait se trouver offensée.

Sans pouvoir pénétrer le phénomène intime qui préside à la fécondation, nous savons aujourd'hui que cette fécondation, pour s'opérer, a besoin de deux cellules différentes, une cellule fournie par le mâle, et que l'on a désignée sous le nom de spermatozoaire ou spermatozoïde, et une autre qui a son origine dans l'ovaire et que l'on a appelée ovule. Le contact de ces deux cellules est indispensable pour que la fécondation se produise.

Mais pour que la rencontre de ces deux cellules puisse donner naissance à un être nouveau, l'embryon, il faut que la graine soit de bonne qualité et susceptible de germer; s'il y a insuffisance dans la qualité, soit chez l'homme soit chez la femme, la stérilité s'ensuit, elle est incurable, à moins qu'un régime approprié ne lui redonne des qualités nouvelles. Le rôle du médecin se trouve alors bien restreint.

Si, au contraire, la stérilité résulte d'une malformation des organes génitaux mâles, comme chez les hypospades, ou femelles, comme dans le cas de déviation utérine ou d'atrésie

des orifices du col utérin, alors le rôle du médecin est considérable, car il permet le plus souvent de remédier à l'obstacle qui empêche le contact des deux cellules.

Dans un grand nombre de cas, il suffit de redresser l'organe utérin dévié, d'élargir son orifice, pour obtenir une fécondation naturelle. Mais supposons que les moyens chirurgicaux aient échoué et que la stérilité persiste, ne sommes-nous pas autorisés, alors, à favoriser la fécondation par d'autres moyens que la science nous enseigne et que nous allons vous faire connaître dans un instant ? La fécondation va prendre alors le nom de fécondation artificielle. Ce mot peut vous choquer de prime abord, mais vous l'accepterez sans difficulté, quand vous saurez qu'il désigne une *fécondation naturelle, obtenue au moyen de certains artifices.*

Je me souviens d'avoir vu, il y a quelques mois, une jeune actrice que mon excellent confrère et ami le Dr Dehenne avait bien voulu confier à mes soins pour un rétrécissement de l'orifice externe du col donnant lieu, à chaque époque menstruelle, à des douleurs dysménorrhéiques intenses. Cette jeune femme, que ses charmes avaient exposée à quelques défaillances, n'avait jamais eu à s'en repentir, grâce à l'atrésie qui existait du côté du col utérin.

L'opération à laquelle j'eus recours, en présence de M. le Dr Dehenne, consista à débrider l'orifice externe du col au moyen d'un petit fer rouge introduit dans sa cavité. L'époque qui suivit l'opération fut exempte de douleur, et la jeune femme vint bientôt nous adresser ses remerciements de l'avoir débarrassée de ses souffrances au moyen d'une opération si peu importante. Malheureusement, nous oubliâmes de prévenir notre cliente des dangers auxquels l'exposait l'ouverture de son col utérin, et, quelques semaines plus tard, la jeune femme venait nous trouver, l'air triste et tout embarrassée d'éprouver un retard des règles de plusieurs semaines, s'accompagnant des symptômes d'une grossesse commençante. L'examen de l'utérus nous fit constater une augmentation notable du volume de cet organe qui nous permit d'affirmer

l'existence d'une conception qui se termina d'ailleurs, quelques mois plus tard, par un accouchement.

Nous avons rappelé ce fait afin de montrer quelle peut être la valeur de l'intervention chirurgicale pour abolir la stérilité.

L'opération à laquelle nous avons eu recours peut être regardée comme un artifice ayant permis la fécondation naturelle.

De là à pratiquer la fécondation artificielle, il n'y a qu'un pas.

La fécondation artificielle est d'ailleurs préconisée de nos jours par des médecins dont le nom fait autorité dans la science. Qu'il nous suffise, en effet, de citer les noms de Courty (1), Pajot, de Sinéty (2), Lutaud (3), Eustache (4) (en France); Marion Sims (5), Gaillard Thomas (6) (en Amérique),

Les procédés employés par ces auteurs diffèrent quelque peu dans leurs détails, mais ils ont tous ceci de commun, que le sperme, agent fécondateur, est toujours fourni par le mari, et que le médecin n'intervient que pour diriger la substance fécondante dans la cavité interne, afin de la mettre en contact avec l'ovule, déjà tombé dans cette cavité ou sur le point d'y parvenir.

Le procédé le plus simple et le plus discret a été préconisé par notre savant maître, le professeur Pajot, c'est celui que nous vous demandons la permission de vous faire connaître dans tous ses détails.

Rendez-vous ayant été pris, à une heure déterminée, le matin en général, on recommande au mari de pratiquer le coït quelques minutes avant l'heure indiquée. Le médecin se présente alors, muni pour tout appareil d'un instrument se com-

(1) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 3e édition. Paris, 1881.

(2) De Sinéty. *Traité pratique de gynécologie*. Paris, 1884.

(3) Lutaud. *Précis des maladies des femmes*, 1883.

(4) Eustache. *Manuel pratique des maladies des femmes*. Paris, 1881.

(5) Marion Sims. *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*. Traduction par Lhéritier. Paris, 1866.

(6) Gaillard Thomas. *Diseases of women*. Traduction par Lutaud. Paris, 1879.

posant d'un tube dans lequel glisse un piston ou d'une seringue terminée par une longue canule.

La femme est placée en travers du lit, dans la position qu'elle prend quand il s'agit d'un simple examen au spéculum.

Le médecin introduit alors l'indicateur de l'une des mains dans le vagin et glisse sur ce doigt servant de conducteur, le tube ou la canule qui vont permettre d'opérer la fécondation.

L'instrument est laissé en place pendant deux minutes environ, afin de le mettre en équilibre de température avec les parois vaginales. Au bout de ce temps, on aspire deux à trois gouttes de sperme déposé au fond du vagin, dans la cavité du tube ou de la canule, dont on fait pénétrer l'extrémité dans le col utérin, à une profondeur qui ne doit pas excéder 3 centimètres, afin de ne pas déchirer l'ovule, s'il est déjà contenu dans l'utérus.

Cela fait, on retire l'instrument et la femme est replacée dans son lit où elle séjourne quelques heures afin d'éviter le rejet de la liqueur séminale.

Vous le voyez, messieurs, ce procédé est des plus simples et des plus décents ; il ne peut blesser en rien la pudeur de la femme et ne peut porter la moindre atteinte à la considération du médecin.

Aussi, loin de condamner la fécondation artificielle, comme le tribunal de Bordeaux semble le désirer, nous sommes disposés à l'encourager, car elle tend à perpétuer l'espèce et fournit à la famille des joies qu'elle n'aurait pu goûter sans elle. Toutefois, nous sommes d'avis que l'opération ne doit être tentée que sur la demande expresse des intéressés, et après que l'on s'est assuré de la qualité du sperme fourni par le mari.

Le rapport qu'on vient de lire a donné lieu à la discussion suivante :

M. Chaudé pense qu'on pourrait introduire dans ce rapport une phrase indiquant que cette opération ne doit être pratiquée que dans des circonstances exceptionnelles.

M. LUTAUD pense, au contraire, que la fécondation artificielle, ne présentant aucun danger, doit être employée de préférence aux opérations qui ont pour but de guérir la stérilité, comme l'incision du col utérin ou l'amputation de cet organe, lesquelles présentent des dangers considérables.

M. CHARPENTIER rappelle que le Dr Gigon (d'Angoulême) a publié, il y a quelques années, un mémoire très complet sur cette question, dans lequel toutes les conditions de moralité qui doivent entourer l'opération se trouvent exposées.

M. LEBLOND dit que la fécondation artificielle ne doit être tentée que lorsque l'on est en présence de gens honorables qui viennent eux-mêmes réclamer l'opération.

M. CHARPENTIER ne rejette pas la fécondation artificielle, mais il craint que l'opération, approuvée par la Société de médecine légale, ne devienne l'apanage d'une certaine catégorie de médecins peu scrupuleux.

M. CHAUDÉ exprime la même opinion.

M. BROUARDEL. La fécondation est-elle une opération qui puisse être pratiquée ou non par les médecins? Nous n'hésiterons pas à répondre par l'affirmative, mais alors l'opération doit être entourée de toutes les garanties qu'exige l'honorabilité et le secret professionnels.

M. GALLARD. Je ne suis pas de ceux qui croient déroger à leur dignité ou manquer à leurs devoirs en pratiquant la fécondation artificielle. Il m'est même arrivé plusieurs fois de le faire avec un certain succès; mais je me suis imposé à cet égard une règle de conduite qui peut être exposée sous une forme en quelque sorte aphoristique de la façon suivante: Un médecin honorable ne doit pas prendre l'initiative de proposer l'opération de la fécondation artificielle; mais il ne doit pas non plus se refuser à la pratiquer quand elle est réclamée de lui par les intéressés.

M. BROUARDEL accepte cette proposition, et demande qu'elle soit ajoutée au rapport de M. Leblond.

Cette proposition est acceptée à l'unanimité par la Société.

---

# REVUE CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE.

## HOPITAL DE LA CHARITÉ DE LYON, SERVICE DE M. LAROYENNE

**Par Charles Truchet**, interne des hôpitaux.

(SUITE ET FIN) (1).

Pour faire suite à cette question des polypes à apparition intermittente, nous allons consigner ici, avec quelques réflexions, l'observation d'un fibro-myôme pédiculé sur un autre, ce dernier situé plus profondément et complètement masqué par le premier.

### OBSERVATION III.

Marie X..., cafetière, 32 ans, entre le 16 novembre à la Charité, salle Sainte-Marie, nº 14.

Les antécédents héréditaires ou acquis ne nous ont rien révélé. Bonne santé habituelle. Réglée à 13 ans, la menstruation a toujours été régulière. Un accouchement normal à 25 ans.

Depuis environ deux ans, la menstruation est beaucoup plus abondante, mais depuis quelques mois la malade a des métrorrhagies continuelles.

Elle accuse en outre un peu de douleur dans la région abdominale gauche et aux lombes.

Malgré un peu de faiblesse, l'état général est resté bon. Par le toucher vaginal, on perçoit un utérus volumineux dont le col est largement entr'ouvert. La phalange unguéale engagée dans cette ouverture fait reconnaître l'existence d'un polype arrondi.

Le 20 novembre. Ablation du polype au moyen d'une pince érigne et de grands ciseaux recourbés. Le polype enlevé est du volume d'une grosse noix ; il est pédiculé et de nature fibro-musculeux. La métrorrhagie cesse, pas de réaction fébrile.

Le 27. Apparition d'un nouvel écoulement sanguin.

Le 29. La métrorrhagie s'arrête et est remplacée par de la leucorrhée. M. Laroyenne, pratiquant alors le toucher et constatant que le

(1) V. *Annales de gynécologie*, octobre 1883.

col ne se referme pas, nous prévient qu'il doit y avoir un second polype dans la cavité utérine, mais il ne peut l'atteindre.

1er décembre. Un nouveau polype s'est, en effet, engagé dans l'ouverture du col et fait saillie dans le vagin.

On l'enlève aussitôt. Il est de la grosseur d'un petit œuf de poule, de même structure que le précédent, auquel il donnait implantation par sa face antérieure.

Aucune réaction fébrile ne s'est produite.

Le col s'est refermé, la métrorrhagie n'a pas réapparu et le 8 décembre la malade quittait nos salles en parfait état.

De cette observation, il ressort qu'un polype, ou plutôt un fibro-myôme, peut être implanté sur un autre. Les recherches d'amphithéâtre, du reste, en fournissent de nombreux exemples. Dans ce cas, on sent le polype à l'orifice interne; on procède à son énucléation, croyant qu'il est implanté dans l'épaisseur du tissu utérin, il n'en est rien. Le myôme énucléé permet d'en constater un second qui apparaît à l'extérieur après l'opération, et qui, lui, est implanté sur le tissu utérin.

Disons aussi qu'un polype, engagé dans le col ou sorti de ce col, est un obstacle à la constation ou à l'apparition d'un second polype indépendant, qui ne révélera son existence que quand celui qui faisait un obstacle à sa sortie aura été enlevé.

La coexistence de plusieurs fibromes plus ou moins pédiculés, n'est pas la seule que l'on rencontre. Je l'ai rappelée ici à cause des applications qu'elle fournit à la clinique. Ces tumeurs peuvent aussi coexister avec une dégénérescence cancéreuse, tuberculeuse, etc., et nous en relaterons brièvement quelques exemples.

Pourtant on a voulu voir, dans l'utérus, un antagonisme entre le cancer et le fibrome. A la vérité, la présence simultanée de ces deux néoplasmes n'est pas fréquente, et voici comment M. Laroyenne pense qu'on peut expliquer cette rareté relative. Les tumeurs fibreuses ou myômes, qui sont assurément une cause de la stérilité « et non, comme quelques-uns le pensent, un de ses effets », laissent le col à peu près

intact, à l'abri des lésions chroniques qui, trop souvent, favorisent la dégénérescence épithéliale des tissus sur lesquels ces lésions ont leur siège. De plus, car ici tout s'enchaîne, c'est le peu de fréquence des affections malignes et inflammatoires de la matrice chez les vierges ou les *nullipares* qui a propagé l'opinion que, par contre, elles étaient bien plus sujettes aux tumeurs fibreuses que les femmes devenues mères un plus ou moins grand nombre de fois. En effet, elles réclament des soins presque exclusivement pour cette dernière affection, n'ayant pas à se préoccuper ou se plaindre de toutes celles qui sont la conséquence de la parturition ou de ses suites immédiates ou éloignées.

### Observation IV.

*Carcinome et myôme interstitiel; polype fibreux antérieur.*

X..., est opérée d'un polype fibreux à l'hôpital de la Croix-Rousse (1875); huit ans après, été de 1882, elle entre à l'hôpital de la Charité, où l'on constate la dégénérescence cancéreuse de l'utérus. La malade succomba au bout de quelques mois et l'autopsie démontra la coexistence d'un carcinome de la cavité avec un myôme interstitiel, carcinome alvéolaire examiné par M. Charpy.

### Observation V.

*Polype fibreux implanté sur la cavité utérine et adhérant intimement à la paroi postérieure du vagin.*

X... entre à l'hôpital de la Charité, service de gynécologie, où on l'opère d'un myôme pédiculé de l'utérus, adhérent à la paroi postérieure du vagin. Le pédicule, une fois sectionné, l'énucléation de ce myôme, fusionné avec sa cloison recto-vaginale a été laborieuse.

Deux ans après, la malade est rentrée à l'hôpital, atteinte d'une dégénérescence comprenant toute l'épaisseur du vagin et faisant autant saillie dans sa cavité que dans celle du rectum.

### Observation VI.

*Endométrite tuberculeuse; fibrome antécédent.*

J. L..., 39 ans. Entrée dans le service le 30 août 1881, elle s'est

toujours bien portée, n'a eu ni couche ni fausse couche, a toujours des règles très abondantes.

Il y a quatre ans, elle fut prise de métrorrhagies continuelles, ayant duré une année et n'ayant cédé qu'après l'ablation d'un polype fibreux.

L'état général et local sont restés bons pendant une année, époque à laquelle survint une nouvelle métrorhagie. La malade entra alors à l'hôpital de Villefranche où on lui enleva un nouveau polype.

Malgré cette opération, l'état général ne s'est pas relevé, et la malade ressentait de vives douleurs dans les régions abdominales et lombaires.

Rentrée pour cette cause à l'hôpital de la Charité, on constata dans le col la présence d'une petite masse polypeuse, irrégulière, de la grosseur d'une noix, faisant saillie à l'orifice du col, au niveau duquel elle était retenue.

Ce polype enlevé, on constata dans la cavité utérine de nombreux points d'implantation pouvant faire croire à un placenta resté dans l'utérus (la malade n'avait jamais eu de suppression menstruelle).

On fit le raclage de la cavité utérine au moyen de la curette, et on en retira des débris hétérogènes.

Les pertes cédèrent; dans l'espace de quelques jours, deux injections de nitrate d'argent à 5/100$^{es}$, furent pratiquées, et la malade quitta le service en bon état, n'ayant qu'un peu de leucorrhée et un utérus revenu à l'état normal.

Rentrée chez elle, la malade n'a cessé de souffrir; au bout de quelque temps elle a repris ses pertes et a dû rentrer au service de gynécologie le 4 septembre 1882.

A ce moment, le col effacé, entr'ouvert laissait pénétrer la pulpe digitale et on constatait, outre de la tuméfaction de la lèvre antérieure, l'engagement dans l'orifice du col d'une petite tumeur mal délimitée. Cette tumeur, enlevée après une section bilatérale des lèvres du col, se déchirait par morceaux et ressemblait tout à fait à du tissu de nature maligne. On en enleva la plus grosse partie, c'est-à-dire le volume d'une noix.

La malade conserva des douleurs utérines, eut de la diarrhée et resta dans un état général mauvais.

Pendant plusieurs mois, il y eut des alternatives de frissons et de température élevée avec diarrhée.

On n'a rien noté de bien appréciable du côté des poumons.

Le 16 mars 1883, l'état général ne s'améliorant pas et les douleurs locales persistant, M. Laroyenne voulut intervenir de nouveau. A cette époque l'utérus était dur, volumineux et remontait très haut, bien que ne mesurant que 7 cent. 1/2 à l'hystéromètre.

De nouveau, on fit une section bilatérale du col et le raclage de la cavité fut encore pratiqué avec la curette.

Les débris retirés de cette cavité ont été examinés avec soin au laboratoire de M. le professeur Renout, par mon collègue et ami M. Lemoine, interne des hôpitaux, qui a découvert qu'ils étaient franchement tuberculeux.

On croyait à un épithélioma, mais de forme bizarre. Or, l'examen histologique a démontré qu'on était en face d'une dégénérescence tuberculeuse, qui, au dire des auteurs, serait plus fréquente dans la cavité du corps que dans celle du col.

L'examen des culs-de-sac a fait reconnaître une induration partant du col et allant à gauche dans le cul-de-sac latéral. Plus haut on constatait des nodosités se propageant dans le petit bassin. Ce sont autant de caractères qui viennent corroborer le diagnostic anatomique.

Ainsi, le développement simultané ou successif de néoplasmes de diverse nature peut donc s'observer dans l'utérus et rendre le diagnostic embarrassant et plus incertain.

## CHAPITRE IV

### Observation I.

*Rétention des règles par imperforation de l'hymen; large incision de cette membrane.*

Mlle X..., âgée de 14 ans, née à Nancy et habitant Lyon depuis quelques années, entre dans le service de gynécologie le 28 décembre 1882, salle Sainte-Marie, n° 10.

Nous n'avons rien trouvé dans ses antécédents héréditaires, et à part une fièvre typhoïde contractée à l'âge de sept ans, cette jeune fille a toujours joui d'une excellente santé. Elle est grande, vigoureuse, et présente tous les attributs de la puberté.

Il y a environ dix jours que, sans cause apparente, elle fut subite-

ment prise de douleurs violentes dans les régions abdominale et lombaire, douleurs ayant persisté avec certaines périodes d'exacerbation, et tellement vives depuis quelques jours que la malade ne peut prendre un instant de repos ; bientôt le ventre s'est tuméfié et est devenu douloureux au moindre contact, les garde-robes et la miction causaient de vives souffrances ; la marche ne tarda pas à devenir pénible et une tumeur fit saillie au niveau de la partie médiane des organes génitaux externes.

Cette tumeur, ayant la forme d'un ovoïde régulier à petite extrémité tournée en haut du côté du méat urinaire qu'elle comprime, est recouverte d'une muqueuse finement variqueuse, un peu exulcérée sur ses bords au niveau des petites lèvres. La tumeur mesure, comme diamètre vertical, du méat urinaire à la fourchette, 6 centimètres, et 3 d'une grande lèvre à l'autre, sans aucune ouverture de communication avec le vagin. Le périnée, fortement bombé, mesure 6 centimètres de la fourchette à l'anus.

Par le toucher rectal, on perçoit un vagin fortement dilaté et rempli par une collection liquide, collection également appréciable par la paroi abdominale, remontant à 7 ou 8 centimètres au-dessus du pubis et plus prononcée à gauche.

Malgré l'intensité des douleurs, l'état général est resté bon, le pouls est un peu rapide, la température n'est qu'à 37,8.

Le 29 décembre, M. Laroyenne ouvre largement la tumeur avec le bistouri. L'hymen offre une épaisseur insolite. Il s'échappe de cette ouverture au moins un demi-litre d'un liquide rouge brun, épais et sans odeur. Le liquide sorti, on fit de grands lavages à l'eau phéniquée, mais il fut impossible d'atteindre l'utérus qui était refoulé en haut. On laissa une éponge phéniquée à demeure.

Les jours suivants, on enleva l'éponge et on pratiqua de nouveaux lavages, mais aucun accident ne survint ; la température atteignit une seule fois le maximum de 38,9 ; à part cela, elle est restée entre 37 et 38.

L'ouverture de l'incision fut maintenue par des tampons imbibés de glycérine.

Au bout de six jours, la malade fut complètement rétablie.

Le cathétérisme de l'utérus, pratiqué à ce moment, donna 7 centimètres ; la portion vaginale du col était moins longue que normalement ; le col légèrement effacé.

**Un mois et quelques jours après l'opération, les règles apparurent sans incident.**

Nous avons tenu à publier cette observation pour montrer avec quelle simplicité tout s'est passé dans une opération qu'un grand nombre de gynécologistes s'accordent à montrer comme pouvant être très dangereuse.

On cite des cas de mort dus à de la péritonite septique suivant *l'évacuation* du sang menstruel retenu par une imperforation de l'hymen.

Barnes et d'autres croient que le fait résulte de ce que le sang menstruel, ayant distendu non seulement le vagin, mais encore l'utérus et les tubes de Fallope, ces organes sont particulièrement sensibles à l'entrée de l'air, s'enflamment et se compliquent d'une endométrite septique ou de péritonite.

M. Laroyenne estime que l'utérus et les trompes sont moins souvent dilatés qu'on pourrait le croire, qu'ils sont plutôt refoulés en haut, tandis que le vagin et ses culs-de-sac subissent une dilatation considérable; notre cas, du reste, serait à l'appui de son opinion, et il ajoute qu'on a pu prendre souvent pour des trompes et des utérus dilatés une distension des culs-de-sac vaginaux, formant une véritable tumeur à l'hypogastre, s'étendant sur les côtés.

Le fait n'est pas difficile à admettre si l'on songe que tous ceux qui ont pratiqué des tamponnements vaginaux, soit pendant l'accouchement, soit après un avortement, ont pu sentir facilement ces corps étrangers par la palpation abdominale.

Pour donner plus de poids, si c'est possible, à l'opinion de notre maître, nous rappellerons une observation publiée déjà par un de nos collègues et prédécesseurs, M. le Dr Larrivé.

Il s'agissait d'une occlusion vaginale consécutive à une parturition, d'une rétention du flux menstruel ayant duré deux ans et demi, sans dilatation de la cavité utérine, puisqu'après l'opération le cathétérisme utérin ne donnait que 6 centimètres et demi.

Nous ne nions pas que l'utérus et les trompes puissent se

laisser distendre ; mais cette distension n'a guère de chance de se produire que lorsque l'obstacle siège sur l'utérus lui-même. En se rappelant d'autre part avec quelle facilité le vagin se laisse dilater, comparée à la résistance du tissu utérin, on n'aura pas de peine à admettre que la dilatation de la cavité utérine et des trompes sera forcément plus rare que celle du vagin et de ses culs-de-sac.

Si des complications ont suivi l'incision de l'hymen et l'évacuation rapide du sang épanché, l'incision ne saurait, comme on paraît le croire, en modifiant et en diminuant brusquement la tension intra-utérine ou intra-tubaire, déterminer la rupture d'une trompe dilatée, mais bien favoriser la décomposition des liquides retenus en partie au-dessus de l'obstacle. Aussi doit-on se prémunir contre pareille éventualité par la mise en œuvre de toutes les précautions antiseptiques, préférer même, pour toutes ces raisons, la conduite suivie chez notre malade à des ponctions évacuatrices partielles et successives recommandées, qui ne nous inspirent pas assez de confiance pour les adopter.

## CHAPITRE V.

### Observation I.

*Trois cas d'ovariotomie.*

X , 37 ans, ménagère, demeurant à Trigny, entrée dans le service le 14 décembre 1880.

Cette malade a été réglée à 16 ans ; la menstruation, toujours assez abondante, n'a jamais été bien régulière. Mariée à 22 ans, n'a jamais eu ni couche ni fausse couche.

Son ventre commença à grossir, il y a cinq ans, et peu à peu il acquit un volume considérable. Au dire de la malade, il se serait développé davantage du côté droit, et de ce côté elle éprouva presque constamment de vives douleurs ; nous y remarquons un œdème considérable du membre inférieur, ainsi que des grandes lèvres.

A son entrée dans le service, on est frappé de l'état d'affaiblissement de la malade ; elle se traîne péniblement et est dans une asthé-

nie profonde. Sa face, pâle et amaigrie, contraste étrangement avec le développement de l'abdomen, qui mesure 114 centimètres au niveau de l'ombilic. Le ventre est assez régulièrement développé, sauf à droite, où la tumeur proémine ; les parois en sont œdématiées, tremblotantes. Au niveau des 6e et 7e côtes droites, on remarque cinq cicatrices déprimées, adhérentes, dont trois laissent couler un pus séreux. A leur sujet, la malade nous dit que depuis deux ans elle a vu se former en ce point une tumeur, en même temps que son ventre grossissait. Cette tumeur s'est ouverte spontanément, il y a six mois, donnant issue à un liquide grisâtre ; c'est depuis cette époque qu'il est resté des trajets fistuleux.

A la palpation, l'abdomen laisse franchement percevoir la sensation du flot ; à la percussion, on a un peu de sonorité dans les parois postéro-latérales et à la région épigastrique.

L'introduction du doigt dans le vagin détermine une vive douleur. Depuis plus de sept ans, la malade n'a pu avoir aucun rapport sexuel.

16 décembre. Anesthésie de la malade pour compléter l'examen et faire une ponction. C'est la première qui ait été faite. On retire, au moyen de l'aspirateur de Potain, 14 litres de liquide transparent, verdâtre, et jaunâtre sous une certaine épaisseur, très albumineux, se redissolvant assez bien sous l'action de l'acide acétique. Après la ponction, on ne sent pas de tumeur bien nette dans le petit bassin, les trajets fistuleux surcostaux sont incisés, puis cautérisés avec la pâte au chlorure de zinc, sans qu'il ait été possible de déterminer avec certitude un point osseux ou cartilagineux évident ayant amené cette suppuration.

Malgré l'anesthésie, les culs-de-sac vaginaux sont difficilement explorables ; l'utérus est incliné à gauche, il a un volume à peu près normal ; il est peu mobile ; dès qu'on introduit son doigt dans le vagin, la malade s'agite. Le cathétérisme n'a pu être pratiqué.

Le 20. Peu de température ; l'œdème de la jambe droite diminue, la malade peut à peine supporter un thermomètre dans le vagin. Régime tonique. Les forces reviennent.

Le 17 janvier. Depuis la ponction, la malade a repris appétit ; elle a un peu d'embonpoint ; il reste encore de l'œdème de la jambe droite ; la plaie des trajets fistuleux n'est pas complètement cicatrisée, elle est très adhérente au squelette.

Nouvelle anesthésie, et nouvelle ponction ; issue de 4 litres de

liquide transparent, à reflet verdâtre, ou vert jaunâtre, et très albumineux. Comme la première fois, l'albumine se redissout en présence de l'acide acétique. Pas de tumeur dans le petit bassin. L'utérus n'est pas très mobile, le col est incliné à gauche et le cathétérisme donne 6 centimètres. Les urines sont normales.

Le 5 mars. Anesthésie. Ovariotomie. Les adhérences étaient si fortes et si continues que le feuillet le plus externe du kyste n'a pu être enlevé; il est resté uni au péritoine, qui était lui-même très épaissi. On a donc décollé peu à peu les deux feuillets pariétaux du kyste et l'on a paré aux hémorrhagies en nappe qui naissaient à chaque pas que faisait le chirurgien. C'est une décortication qui a été faite. En même temps, un liquide brunâtre s'écoulait dans la plaie, et les kystes secondaires gélatineux, se rompant sous la traction exercée par les pinces, augmentaient à chaque instant les difficultés opératoires. Il y avait des adhérences jusque du côté du foie, car la plaie extérieure costale était tiraillée, quand on essayait d'amener la poche kystique au dehors. Pas de tumeur dans le petit bassin.

A proprement parler, le kyste n'avait pas de pédicule, ou plutôt, le pédicule était resté dans l'abdomen avec la paroi externe.

Dans cette opération, très longue et très sanglante, on aperçut l'intestin en deux points à travers une déchirure portant sur le feuillet externe du kyste, du côté de la fosse iliaque gauche. Des sutures ont été appliquées sur cette déchirure pour empêcher la cavité opératoire de communiquer avec la cavité péritonéale. On a apporté ensuite beaucoup de soins à étancher la vaste surface dénudée du sang et autres liquides qu'elle contenait.

Mais auparavant, un drain vagino-abdominal a été introduit dans l'excavation, en passant par le cul-de-sac vaginal postérieur; tandis qu'un autre drain plus gros était passé au-dessous des fils à suture profonde et sortait aux deux extrémités de la plaie abdominale. Sutures superficielles. Pansement de Lister. On réchauffe la malade, qui est portée dans son lit.

Le même soir, la malade, réchauffée, avait un peu de moiteur à la peau, elle était calme et ne paraissait pas prostrée. Injection de 6 à 7 milligr. de morphine.

Le 6 mars. Nuit assez bonne. La température s'élève un peu. On sonde la malade avec beaucoup de difficulté, à cause des douleurs qu'elle éprouve quand on touche la vulve; on ne retire que quelques

gouttes d'urine ; elle urine seule, mais sans s'en apercevoir. Elle a rendu des gaz assez nombreux, précédés et accompagnés de coliques ; les gaz expulsés, plus de souffrances.

Pas de douleurs vives à la pression sur l'abdomen ; le diaphragme fonctionne bien. Traitement tonique.

Le 11. Teinte subictérique des conjonctives et de la peau. On examine les urines, qui sont albumineuses, avec un aspect verdâtre.

Le 12. Mêmes caractères des urines. Le drain du vagin est tombé. Il ne reste plus que celui de la plaie abdominale, par lequel il s'écoule chaque jour une certaine quantité de liquide. Vu la température, toujours élevée, on donne du sulfate de quinine et une infusion de digitale.

Le 13. Lotions froides sur tout le corps. Température, prise avant et après les lotions, reste la même.

Le 14 Lotions froides. Température vespérale baisse de 2/10 de degré. Lavement.

Le 16. La température du matin et du soir baisse sensiblement. La malade commence à manger avec un peu d'appétit. Les nuits sont assez bonnes. Plus de lotions, ni de quinine qu'elle a vomie une fois.

Le 18. Température du matin, 37°,8.

Le 19. Amélioration toujours progressive ; il s'est encore écoulé beaucoup de pus par le drain abdominal. On transporte la malade dans la salle commune.

Le 21. La température s'est de nouveau élevée. Le soir, 39°. Les journées d'hier et d'aujourd'hui ont été bonnes.

Le 23. La malade n'a pas reposé la nuit dernière, par suite des cris poussés par une voisine ; elle a pris un peu froid, vers 1 heure de l'après-midi ; à 3 heures, frissons. Température vaginale, 39°,8. On fait un deuxième pansement de Lister, et comme hier et comme ce matin, par des pressions abdominales combinées à des efforts de toux faits par la malade, on fait sourdre, par le drain et les plaies inférieure et supérieure, une assez grande quantité de pus.

Le 24. Hier soir, à 6 h. 1/2, la température rectale était retombée à 38°,4. On fait ce matin le pansement et on fait sortir, par la plaie inférieure et des deux trajets fistuleux correspondant aux deux points de suture profonde, une quantité assez considérable de pus, soit par des pressions latérales, soit par des efforts de toux. Température du matin, 38°.

Le 25. A chaque pansement, on fait couler beaucoup de pus ; il

n'en sort plus par les trajets fistuleux des sutures profondes. Température du soir, 38°,4.

4 avril. La malade est partie pour Trigny,

Environ seize jours après son départ, son mari est venu nous apporter des nouvelles satisfaisantes de sa santé. Toujours suppuration.

14 mai 1881. Bien que l'état général se soit sensiblement amélioré, la malade est rentrée dans le service, à cause de la persistance de la suppuration.

1er juin. On juge qu'il y a une rétention de pus, on agrandit alors les ouvertures et on lave à grande eau.

3 juin. La fièvre était tombée, et la malade reprenait de l'appétit.

Malgré le traitement, au 26 novembre la suppuration persistait avec la même abondance. Le 7 décembre l'état local étant assez satisfaisant, mais l'état général commençant à faiblir, on conseilla à la malade de retourner à la campagne et d'y continuer le traitement institué. Il lui restait encore deux trajets fistuleux donnant issue à un peu de pus.

28 avril 1883. Elle est venue nous faire une visite. Elle est grasse, ne souffre pas; peut se livrer, sans trop de fatigue, aux occupations du ménage, mais elle conserve un petit trajet fistuleux d'où suinte encore un peu de pus.

M. Laroyenne a pensé qu'il était nécessaire, chez cette malade, de pratiquer une ponction évacuatrice, afin de lui permettre de reprendre des forces et de pouvoir mieux supporter l'opération quelques jours après.

L'adhérence continue et intime de l'enveloppe extérieure du kyste avec le péritoine très épaissi dans sa portion pariétale, plus même dans celle qui recouvre les viscères, s'observe presque toujours, sinon toujours, dans les kystes très volumineux et très anciens. Ici, le début apparent remontait à cinq ans.

Une suppuration chondro-costale au niveau des 10e et 11e côtes s'est produite vraisemblablement par l'atrophie des vaisseaux résultant de l'épaississement du péritoine et du tissu cellulaire extra-péritonéal. Le phénomène est semblable à celui que l'on voit dans certaines pleurésies et péripleurites anciennes.

Enfin la guérison de la suppuration par la pâte au chlorure de zinc, comme M. Laroyenne avait eu plusieurs fois l'occasion de la constater par ce moyen dans les chondrites et ostéites costales, déterminées par un épaississement de la plèvre ; la possibilité d'énucléer le kyste à peu près complètement de son enveloppe extérieure, grâce aux solides adhérences de cette enveloppe avec la surface péritonéale adjacente ; le temps, très long, pour obtenir la cicatrisation et le retrait de cette énorme cavité extra-péritonéale, sont les principales particularités de notre observation.

### Observation II.

*Kyste de l'ovaire ; fibrome utérin ; prolapsus de la matrice ; guérison des trois affections.*

Ch..., née à Bessenay, boulangère, âgée de 53 ans, entre dans le service le 30 juin 1880, salle Sainte-Marie, n° 17.

Cette malade avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'en 1874. La menstruation avait toujours été régulière jusqu'à l'hiver dernier.

Trois accouchements normaux, dont le dernier eut lieu en 1854 : Notre malade avait alors 26 ans. Depuis cette époque elle est restée stérile.

En 1874, la malade s'aperçut que son utérus était en état de prolapsus et apparaissait à la vulve, sans cependant faire une saillie considérable. Elle porta des pessaires jusqu'à il y a deux ans environ : depuis ce temps, elle s'est contentée de soutenir son utérus avec des linges ; elle éprouva quelques douleurs dans la région lombaire, mais n'eut jamais de troubles urinaires. Depuis trois ans environ, le ventre augmente de volume, et ce n'est que depuis six semaines que cette augmentation a été rapide. Depuis ce moment, la miction est devenue fréquente sans être douloureuse.

L'examen du ventre fait reconnaître l'existence d'une masse solide et d'une tumeur fluctuante occupant les deux côtés de l'abdomen, mais d'une manière inégale. La matité remonte jusqu'à 15 centimètres au-dessus de l'ombilic. La sonorité existe en certains points déclives, descendant bien plus bas à gauche qu'à droite. Les rapports de la sonorité et de la matité ne varient pas selon la position de la

malade. Quant à l'utérus, il forme en dehors de la vulve une tumeur plus grosse que le poing.

La malade a de l'œdème des membres inférieurs, son corps est émacié.

La circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, mesure 1 mètre 15 c.

Le 7 juillet. Une ponction, pratiquée avec l'aspirateur de Potain, donna issue à une douzaine de litres d'un liquide trouble, non filant :

Après la ponction, un écoulement sanguin ressemblant à des règles se manifesta.

Le 17 juillet. Après l'anesthésie et les précautions antiseptiques d'usage étant prises, l'abdomen incisé, le kyste enlevé, on constata, dans la portion droite et postérieure du bassin, l'existence d'un volumineux fibrome inséré sur le fond de l'utérus avec un système veineux très développé à la surface, et donnant lieu, sur un point, à une hémorrhagie abondante, dès qu'on voulait le déplacer. M. Laroyenne se décide à l'extirpation, et fixe, dans la paroi abdominale, avec un serre-neud de Kœberlé, le pédicule inséré sur le fond de l'utérus, sans ouvrir la cavité de cet organe; le pédicule arrondi avait un diamètre de 0,06 à 0,07.

La tumeur enlevée pesait 1 kilogramme.

Les suites de l'opération ont été des plus simples, bien qu'il eût fallu pratiquer le cathétérisme pendant quatre jours. Le pédicule du myôme se détacha au treizième jour. Une complication légère fut créée par la paresse intestinale de l'opérée, à qui elle procura un ténesme très douloureux, qui obligea de vider le rectum avec le doigt.

Le 28 août, elle quittait la Charité dans l'état suivant : La plaie était cicatrisée; l'abdomen à parois flasques tendait à tomber au-devant du pubis. Elle avait suffisamment marché depuis son opération, pour qu'il soit permis d'affirmer la cure absolue du prolapsus. L'état général était parfait. Aujourd'hui, comme après l'opération, la matrice est solidement fixée à la cicatrice de l'abdomen, laquelle est à peine déprimée. Le myôme n'a pas été reconnu avant l'opération, parce qu'il n'avait pas donné lieu à des hémorrhagies et que la profondeur de l'utérus, qui mesurait 0,10, pouvait s'expliquer par le fait du prolapsus de cet organe.

Le désir de guérir cette infirmité a déterminé M. Laroyenne à main-

tenir le pédicule du myôme dans la plaie de l'abdomen et non à le rentrer comme celui du kyste.

### Observation III.

*Kyste parovarien biloculaire; opération; guérison.*

L. Ch..., 20 ans, entre dans le service le 24 février 1883, salle Sainte-Thérèse n° 7.

Rien dans les antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle, sauf quelques crises nerveuses de 11 à 14 ans.

Réglée à 13 ans, la menstruation a toujours été et est encore très régulière, elle est très abondante, mais douloureuse.

Depuis environ huit mois les douleurs de la menstruation ont augmenté d'intensité, et c'est depuis cette époque que le ventre de la malade a commencé à grossir; tuméfaction qui s'est accompagnée de vives douleurs abdominales et lombaires.

Ni couche, ni fausse couche.

L'état général est resté bon.

A son entrée dans le service, la malade nous présente un ventre globuleux dur, à fluctuation profonde, mesurant 70 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic.

Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal.

*Opération.* — 10 mars. Le kyste, mis à découvert, est ponctionné avec le trocart de Spencer Wells; il s'en écoule environ 2 litres d'un liquide savonneux filant, qui, traité ensuite par la chaleur, donna un léger précipité albumineux, plus abondant encore par l'acide azotique.

Ce liquide marquait 100° au densimètre, et avait une saveur très salée.

Attiré au dehors le kyste ne put sortir, malgré un agrandissement de l'incision abdominale d'environ 2 centimètres. On constata alors qu'il était cloisonné. La ponction de la cloison donna issue encore à 2 litres d'un liquide identique au précédent.

On s'aperçoit alors qu'on a affaire à un kyste parovarien développé dans le ligament large et sans pédicule.

La toilette du péritoine et de la poche étant faite, on enlève tout ce qu'il est possible des parois kystiques, et on suture le reste bord à bord avec la plaie abdominale.

On place ensuite deux forts drains communiquant avec les faces du kyste et les culs-de-sac vaginaux.

**Jusqu'au 25 avril, la malade est restée dans un état général très mauvais: suppuration abondante, abcès profonds, température élevée. Pendant une semaine on dut recourir au drap mouillé deux ou trois fois par jour pour combattre la température.**

**Peu à peu, l'état général s'est relevé, la suppuration a diminué, et le 28 juin la malade quittait le service en très bon état, sauf une légère plaie abdominale suppurant encore.**

Cette observation de kyste parovarien est remarquable : 1° à cause de la poche franchement bi-loculaire ; 2° par l'état du liquide filant. En effet, les kystes du ligament large sont caractérisés par une poche unique et par un liquide fluide plus ou moins opalin, et souvent à peine troublé par la chaleur ou l'acide nitrique. M. Laroyenne a choisi le procédé opératoire bien connu que nous avons indiqué, parce que l'énucléation d'un kyste parovarien un peu volumineux, conseillée notamment par Gaillard Thomas, s'accompagne souvent d'hémorrhagies abondantes qui peuvent se continuer dans le tissu cellulaire extra-péritonéal et même dans sa cavité péritonéale, en faisant céder les sutures du pédicule, qu'il est toujours difficile de lier à cause de sa grande étendue. M. Laroyenne a perdu une opérée de cet accident. Le drainage abdomino-vaginal chez notre malade a été suivi de guérison, mais non sans avoir déterminé les accidents d'une certaine gravité que nous venons de décrire.

---

# REVUE DE LA PRESSE

## LYMPHADÉNITE ET LYMPHANGITE PELVIENNES NON PUERPÉRALES (1).

**Par le Dr Mundé**, de New-York.

(SUITE ET FIN) (2).

Cas V. — Mme S..., 32 ans, a deux enfants; elle est malade depuis la naissance du dernier, qui a 6 ans. Elle a subi beaucoup de fatigues, souffert de ménorrhagie, de douleurs lombaires, de pesanteur dans le ventre et d'une douleur ovarique gauche. L'utérus, très gros, est très rétrofléchi, le fond est sensible, les lèvres du col, renversées, sont légèrement déchirées; l'ovaire gauche, volumineux, est douloureux et prolabé. En replaçant l'utérus, je sentis un paquet de cordes molles, très sensibles, que je ne pus comparer qu'à des vers de pêcheurs. Lorsque je laissais retomber le fond utérin, ces cordes étaient moins perceptibles et s'aplatissaient. Pas de nodules. La curette mousse ramena des débris de végétations. Je diagnostiquai : *Rétroflexion*, *subinvolution*, *hyperplasie*, *endométrite villeuse*, *ovarite gauche. lymphangite rètro-utérine*. Le traitement consista en curage, applications vaginales et intra-utérines de teinture d'iode, tamponnement, eau chaude, suppositoires iodoformés et toniques.

Après six semaines de ce traitement, Mme S... peut supporter un pessaire de Cutter-Thomas, qui maintenait l'utérus; la malade apprit à le placer elle-même, en se couchant dans la position genu-pectorale. Au bout d'un mois, je le remplaçai par un pessaire d'Albert Smith; la malade se sent très bien. Je dois cependant confesser que, dernièrement, j'ai constaté la présence des vaisseaux lymphatiques engorgés, quoique très peu douloureux.

---

(1) Extrait de l'*American Journal of obstetrics*, octobre 1883. Trad. par le Dr Cordes (de Genève).

(2) V. *Annales de gynécologie*, novembre 1883.

Cas VI. — Une dame de 34 ans, mère d'un seul enfant, m'est envoyée en mars dernier, par le Dr Spannhakle, qui m'avise qu'elle a été syphilisée par son mari, il y a plusieurs années. Elle se plaint principalement de pesanteur dans le ventre, de difficultés dans la marche et de céphalalgie. Elle ne présente aucune trace spécifique. L'utérus est flechi à angle droit et adhérent, très sensible, et résiste à tout effort de réduction. L'ovaire gauche est prolabé.

Sous l'influence des applications de teinture d'iode au fond du vagin et d'un tamponnement méthodique, les symptômes disparurent graduellement et le déplacement ne la fit plus souffrir. Tout à coup, elle présenta une éruption syphilitique générale, qui céda au protoiodure.

Un jour, je trouvai, de chaque côté du col, un petit corps de la forme d'un pois, mobile, mais douloureux, qui, certainement, n'existait pas lors du premier examen. Les glandes inguinales et cervicales étaient engorgées. Sans doute, les glandes pelviennes avaient subi l'infection générale.

Je cite ce cas, principalement, pour prouver que les glandes pelviennes engorgées sont perceptibles.

Tels sont les seuls cas que j'ai vus depuis que mon attention a été dirigée de ce côté. Sans doute, auparavant, j'ai dû méconnaître les cas de ce genre, et les prendre pour de la cellulite chronique avec des dépôts de lymphe plastique.

Mon *diagnostic* de la lymphadénite circa-utérine se fonde sur la forme, le volume, la sensibilité, la mobilité et le nombre des nodules, sur leurs rapports avec l'utérus, sur l'existence concomitante d'un état de l'utérus, qui peut produire de l'inflammation et de l'engorgement des glandes voisines (hyperplasie et rétroversion dans quatre cas; rétroversion, catarrhe cervical chronique, syphilis dans un cas), la mobilité de l'utérus, enfin la présence reconnue de glandes lymphatiques et de vaisseaux blancs dans le tissu cellulaire qui entoure la portion sus-vaginale du col.

Ce qui pourrait induire le médecin en erreur est : 1° des exsudations plastiques produites par la pelvi-cellulite ou la péritonite ; 2° des fibroïdes sous-péritonéaux avec pédicules : 3° des ovaires prolabés.

1° Les exsudations plastiques inflammatoires *peuvent* présenter l'aspect nodulé des glandes, mais elles sont *toujours* immobiles, et, à l'état chronique, ne sont pas aussi sensibles que les glandes enflammées. De plus, il est bien improbable qu'on trouve cinq ou six, ou davantage, de ces nodules plastiques, de même forme et de même volume, derrière l'utérus; puis, lorsqu'une péritonite ou une cellulite a été assez intense pour laisser après elle une exsudation, l'utérus est presque invariablement fixé plus ou moins; ce que j'ai trouvé chez une seule de mes malades, qui avait eu une pelvi-péritonite plusieurs années auparavant.

2° On peut trouver des petits fibroïdes sous-séreux sur la surface postérieure de l'utérus, ayant le volume d'une aveline; mais ils ne sont guère douloureux à la pression, et ils sont immobiles, ou, s'ils sont mobiles, ils sont pour ainsi dire indépendants de l'utérus, lui étant attachés par un pédicule ténu. S'ils sont multiples, il n'est pas probable qu'on n'en trouve que sur la surface postérieure de l'utérus. Puis, quelques-uns des fibroïdes que j'ai trouvés chez mes malades n'étaient point fixés à l'utérus, mais étaient à côté de cet organe. Enfin, il ne se peut guère qu'on trouve toute la surface postérieure de la matrice parsemée de petits fibroïdes, au nombre d'une vingtaine, et les fibroïdes ne disparaîtraient pas sous l'influence d'un traitement, comme l'ont fait quelques-uns de ces nodules.

3° On ne peut confondre les ovaires déplacés avec ces glandes engorgées, car ils sont plus volumineux, situés à droite et à gauche; s'ils sont prolabés, on ne les trouve plus à leur place normale. Ils sont très mobiles, ou, s'ils sont adhérents, on les reconnaît à leur forme et à leur volume. Quoique sensibles au toucher, ils ne sont douloureux que sous une forte pression, et la douleur a un caractère particulier, *nauséeux, syncopal*, différant de la douleur aiguë, toute locale, que donne la pression d'un autre organe enflammé.

Une fois admise la possibilité de la lymphadénite pelvienne, il me semble aisé de la reconnaître. Comment donc se fait-il

que les auteurs n'en parlent pas en dehors de la grossesse ? Je ne saurais le dire, car je la crois assez fréquente. Lorsque je parlai au Dr Carreau du silence presque absolu des auteurs, il me renvoya aux articles de Championnière, déjà cités, et me prêta les brochures.

Ici l'auteur cite un passage de L. Championnière (1875), où cet observateur rapporte qu'il a trouvé quelquefois des tumeurs dures, douloureuses, peu mobiles, situées au-dessus et derrière le cul-de-sac latéral, chez des femmes scrofuleuses ou phthisiques, qui avaient des ulcérations cervicales. L. Championnière a été amené à conclure que, le col et le corps de l'utérus étant riches en vaisseaux blancs, sont, chez les femmes lymphatiques ou scrofuleuses, le point de départ d'engorgements ganglionnaires dans le voisinage du col, dans le ligament large, au niveau du détroit supérieur, et même plus haut. Puis un extrait du livre de Courty (1883), qui dit nettement que, s'il y a une adénite et une angioleucite circa-utérine aiguë puerpérale, cette maladie existe aussi à l'état chronique ; son importance tient surtout à l'ulcération de la muqueuse utérine, dont elle est un signe certain. L'adénite et l'angioleucite, hors la puerpéralité, peuvent être causées par un traumatisme, par la métrite aiguë, par l'ovarite. Courty a souvent rencontré, principalement à droite et en arrière, de petites tumeurs arrondies, lisses en certains points, irrégulières en d'autres, moins grosses que les ovaires, généralement moins sensibles que ces organes, mais mobiles aussi, lâchement attachées à l'utérus. Leurs symptômes sont : une douleur lombaire ou lombo-sacrée, la dyspareunie, la douleur à la pression.

Mundé cite ensuite le mémoire de Courty (*An. de Gyn.*. 1881, t. I, p. 241) qu'il n'a lu qu'après avoir observé ses propres cas.

Ayant, continue Mundé, fondé mon diagnostic de l'adénite et de la lymphangite circa-utérine sur des observations cliniques, et en l'absence d'une confirmation microscopique, j'écrivis au professeur Léopold, de Leipzig, qui me répondit, le 20 mars 1883 :

« Il n'est pas douteux qu'il existe à la surface postérieure « de l'utérus, spécialement dans le péritoine jusqu'au fond « du cul-de-sac de Douglas, de nombreux vaisseaux lympha- « tiques qui, s'enflammant, peuvent se remplir de lymphe « coagulée ou de pus. Je l'ai observé souvent et j'ai injecté « ces vaisseaux. Je ne puis affirmer qu'il y ait aussi des glan- « des lymphatiques, petites ou grosses, quoiqu'elles soient « aisées à reconnaître sur les côtés de l'utérus, dans le para- « métrium. Ce que sont les nodules que vous avez sentis est « encore douteux, surtout puisque, en dehors de l'inflamma- « tion, une infiltration chronique et une grande distension « des conduits lymphatiques n'est guère probable. Les petits « fibroïdes, les tubercules et les excroissances lymphatiques « étant rares, je désire attirer votre attention sur le fait que « quelquefois l'enveloppe péritonéale de l'utérus pénètre dans « tant de plis et de replis (surtout dans la rétroversion où « le péritoine est plissé encore davantage), qu'on peut aisé- « ment rencontrer avec le doigt bon nombre d'élevures et de « nodules. J'ai souvent observé ce que vous décrivez, mais je « ne puis vous affirmer que cette observation s'applique à vos « cas.

« Des nodules miliaires tendraient, je crois, à indiquer une « affection maligne.

« Enfin, il me semble douteux que des vaisseaux lympha- « tiques, non enflammés, mais simplement distendus, puissent « être reconnus aussi aisément par le toucher.

« Votre ami sincère,
« LÉOPOLD. »

Cette lettre était, je l'avoue, quelque peu un *éteignoir* (1) sur ma théorie, et aurait complètement bouleversé mon diagnostic, si mon ami Léopold avait pu se rapporter à des cas

(1) Je dirais une douche d'eau froide, expression plus habituelle en français, si je ne désirais traduire exactement le texte dans cette divergence d'opinion entre deux observateurs. (A. C.)

dans lesquels des conditions semblables à celles que j'ai constatées eussent été reconnues par lui, et si l'autopsie avait démontré l'existence des altérations pathologiques (congestions péritonéales) dont il parle dans sa lettre. En l'absence de cette preuve, et en présence des observations corroborantes de Courty, tout particulièrement, je me suis disposé à m'attacher (*adhere*) à mon assertion originelle, jusqu'à ce qu'une autopsie me prouve mon erreur. L'absence de malignité et le caractère non tuberculeux des nodules peuvent être positivement et sans crainte affirmés dans mes cas. Leur histoire et leur suite écartent toute supposition de ce genre.

Quant à l'étiologie de la lymphangite et de la lymphadénite circa-utérines non puerpérales, j'ai déjà fait entendre, dans l'histoire des cas, que je crois que l'hyperplasie aréolaire, l'endométrite villeuse, les érosions intra-utérines et cervicales, le catarrhe du col, et peut-être les kystes connus sous le nom d'œufs de Naboth sont, dans certaines conditions non encore définies, des causes suffisantes d'irritation locale pour produire un épaississement chronique des vaisseaux et un engorgement des glandes. « L'ulcération de la muqueuse utérine », dont Courty considère la lymphadénite et l'angioleucite comme des signes certains, n'existait assurément pas dans quatre de mes cas, et les malades ne présentaient aucun symptôme de diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse. Il n'est pas douteux qu'une tare constitutionnelle de cette espèce (la syphilis, spécialement, comme dans le dernier cas) peut constituer une prédisposition.

Les déchirures du col, accompagnées d'érosions, d'hyperplasie, de sécrétion abondante des lèvres, doivent être, à mon avis, une des sources les plus constantes de lymphangite de voisinage; de même l'endométrite chronique et subaiguë, surtout si elle a commencé par être aiguë. Il ne faut point oublier que les applications de caustiques plus ou moins puissants, qui sont la base du traitement dans ces cas, ne peuvent guère manquer d'entretenir une ancienne irritation, ou d'en produire une nouvelle. Une affection maligne de l'utérus, du

corps et du col, excitera naturellement un engorgement lymphatique des glandes circa-utérines. Par malheur, lorsque les malades se présentent à nous, le mal est tellement avancé, et le paramétrium est si profondément intéressé que les glandes atteintes sont masquées par l'infiltration du tissu consécutif.

Je suis convaincu que nombre de cas de soi-disant cellulite diffuse « chronique », accompagnée d'empâtement et de douleur circa-utérine, mais sans effusion directe, ne sont que des exemples de l'affection dont je m'occupe. Pourquoi les organes pelviens de la femme seraient-ils à l'abri des conséquences de l'irritation que l'on constate dans tout le reste de l'organisme? Je ne crois pas impossible que l'état obscur qu'on a décrit sous le nom d' « hyperesthésie du péritoine pelvien », dans lequel l'utérus et le paramétrium ont une sensibilité douloureuse exquise à l'examen, ne soit rien de plus qu'une lymphangite péritonéale diffuse subaiguë. Cependant, dans bon nombre de cas, je crois que l'inflammation des lymphatiques pelviens est idiopathique et qu'elle doit sa naissance à quelque traumatisme direct, comme une opération, un coït forcé, un examen brutal, mais non à un foyer utérin.

Il reste peu à dire sur *le traitement;* il est à peu près identique à celui qu'on applique à la « pelvi-cellulite chronique »: injections d'eau très chaude, application de teinture d'iode, d'iodoforme, de glycérine au fond du vagin, tamponnement vaginal avec du coton sec, suppositoires d'iodoforme dans le rectum, toniques et diététique. C'est la routine. Mais le traitement diffère en un point capital. Tandis que, dans la pelvicellulite, la règle principale est de ne pas toucher à l'endométrium et d'éviter tout traitement qui pourrait allumer une nouvelle inflammation, dans la phlogose des vaisseaux et des glandes intra-utérines, un de nos premiers devoirs sera de tarir la source du trouble lymphatique et de détruire autant que possible la lésion utérine, de laquelle il dépend. Il faudra donc traiter sans tarder l'hyperplasie, l'endométrite, le catarrhe cervical, les déchirures; ce n'est qu'après leur guérison que nous pourrons attendre celle de la lymphangite.

Courty a grande confiance dans les emplâtres abdominaux et les suppositoires vaginaux de mercure belladonés, si l'on prend des précautions pour éviter la salivation, dans le bicarbonate de soude ajouté aux douches chaudes, les bains alcalins, l'iodure de potassium à l'intérieur ou en lavements, les purgatifs salins, les toniques et l'hydrothérapie.

Je crois que les bains de siège chauds et des injections vaginales d'eau tiède, comme on en fait à Kreuznach et à Kissingen, et qu'on peut obtenir partout en ajoutant une cuillerée à bouche de gros sel commun à un litre d'eau, seraient fort utiles.

Les points que je voulais surtout signaler dans ce travail sont :

1° Que l'inflammation des glandes lymphatiques pelviennes, en dehors de l'état puerpéral, est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément;

2° Que cette inflammation devient, en général, chronique, et simule ce qu'on nomme « la pelvi-péritonite et la pelvi-cellulite chroniques »;

3° Que les lymphatiques chroniquement enflammées présentent au doigt des signes caractéristiques qui permettent de les reconnaître;

4° Que cette inflammation peut être la conséquence d'une maladie utérine, ou être entièrement confinée aux lymphatiques et sembler idiopathique;

5° Que son traitement ressemble à celui de l'inflammation pelvienne chronique, avec cette différence qu'il faut tout d'abord éteindre le foyer d'irritation locale, s'il en existe un, avant de pouvoir faire cesser définitivement l'inflammation lymphatique.

J'attends avec quelque curiosité, ajoute Mundé, les résultats des observations sur une affection, si claire en clinique, si obscure en anatomie, et j'espère qu'on lui accordera plus d'attention, et qu'on jugera plus attentivement les cas obscurs et douteux de « pelvi-cellulite chronique ». (*Amer. Journ. of obst.*, 1883, p. 1009.)

A. CORDES.

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

## AMERICAN GYNECOLOGICAL SOCIETY (SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE GYNÉCOLOGIE).

8e *réunion annuelle*, 18-20 août 1883.

Dr JOSEPH-FABER JOHNSON. — **Surinvolution utérine.** — L'auteur cite sir J.-Y. Simpson, qui a parlé de cette affection il y a plus de trente ans.

Le traitement n'a guère été efficace. R. Barnes la croit fréquente, quoique les traités n'en parlent que rarement; Hart et Harbour l'ont rencontrée environ une fois sur cent cas de maladie utérine; Beverley Cole en a vu nombre de cas. Il faut la distinguer de l'atrésie utérine, avec laquelle elle a été confondue.

Johnson rapporte quatre cas dont le traitement a été peu encourageant.

Le Dr Coles, de Saint-Louis, a comparé cette maladie avec l'atrophie qui suit l'inflammation du foie, des reins et des testicules, et propose de la nommer *atrophie post-partum de l'utérus.* L'auteur croit que les cas de Coles étaient des cas d'atrésie utérine, puisque, dans un cas, la cavité de l'utérus était presque entièrement oblitérée. Il croit qu'il faut réserver le terme *surinvolution* pour les cas où l'utérus, après avoir été hypertrophié par suite de la présence de quelque tumeur interne, fœtale ou autre, subit une atrophie qui ne lui laisse qu'un volume inférieur à la normale.

Le Dr FORDYCE BARKER croit que ce terme peut être employé pour désigner les cas dans lesquels le processus rétrograde vient à la suite d'une cause quelconque. On rencontre, dit-il, la surinvolution le plus souvent après les fibroïdes, spécialement les fibroïdes sous-muqueux. Elle peut être aussi la conséquence d'une inflammation accompagnée d'augmentation de volume de l'organe, à laquelle succède une dégénérescence et l'absorption des produits inflammatoires. La statistique de Johnson lui paraît exacte, mais le traitement est le plus souvent impuissant, surtout lorsque les ovaires présentent un arrêt dans leur développement ou une régression atrophique. Lorsque l'ovulation est active, que l'époque menstruelle s'accompagne de

troubles vasculaires, de céphalalgies, de congestions à la face, de nausées, il y a sans doute plus d'espoir. Sur deux cas qu'il rapporte, Barker en cite un dans lequel la malade est arrivée, en juin dernier, au septième mois de sa grossesse ; il n'en a pas eu de ses nouvelles depuis lors.

Le Dr A. Reeves Jackson n'a vu qu'un cas de ce genre, encore était-il douteux.

Sa malade avait eu plusieurs enfants ; l'utérus était réduit à un volume inférieur à celui qu'il acquiert dans l'atrophie sénile.

Le traitement par un pessaire galvanique intra-utérin n'eut aucun résultat. Peut-être était-ce une ménopause prématurée, à 37 ans.

Suivant le Dr Van de Warker, on rencontre des cas dans lesquels le col seul, principalement la lèvre postérieure, est atrophié.

Le Dr H.-P.-C. Wilson a vu fréquemment des utérus petits chez des femmes nullipares, mais fort rarement des cas semblables à ceux qui font l'objet du mémoire de Johnson.

Le Dr Robert Battey a été frappé des remarques faites par Barker. La surinvolution utérine succède communément à l'opération qui porte son nom, sans que pour cela l'utérus présentât aucune maladie. Cette atrophie vient d'un défaut d'ovulation. Pour lui, contrairement à ce que croit Tait, de Birmingham, l'ovaire est un organe d'une importance capitale. Aussi, dans les cas où l'utérus s'atrophie, dilate-t-il la cavité utérine pour aller appliquer le courant galvanique aux ovaires.

Le Dr Byford croit que la surinvolution diffère de l'atrophie; cependant la surinvolution est souvent un stage de l'atrophie ; elles sont incurables, lorsque la fibre musculaire a perdu ses caractères propres. Il croit, avec le Dr Barker, qu'il faut distinguer entre les cas où la surinvolution utérine existe seule et ceux où elle a envahi tous les organes pelviens. Si l'utérus seul est réduit en volume, mais conserve son caractère musculaire, l'affection est curable, par une stimulation portée sur l'utérus et sur les ovaires.

Le Dr Johnson rappelle qu'il a avancé que la surinvolution peut être produite par d'autres causes que la grossesse. Si l'on peut s'assurer primitivement, mais c'est malaisé, que les ovaires sont inactifs, il n'est guère utile de « faire faire de la dépense » aux malades pour le traitement.

Il croit que la surinvolution utérine se rencontre dans des cas où les ovaires n'ont pas été enlevés.

Le Dr Stansbury Sutton lit un mémoire sur l'**importance de la propreté en chirurgie**, dans lequel, sans rejeter l'emploi de l'acide phénique, il fait observer que Lister a rendu un grand service à la chirurgie en insistant sur une minutieuse propreté dans les opérations et les pansements et que Keith, Tait, Bantock et d'autres qui ne se servent pas d'acide phénique, n'ont pas de résultats plus malheureux que ceux qui l'emploient. L'acide phénique peut faire du mal et il ne tue pas toujours les germes.

Le Dr T.-A. Emmet partage entièrement les idées de l'auteur.

Le Dr W.-T. Lusk, persuadé qu'il existe des dangers que nos sens ne peuvent reconnaître, croit que le *spray* est, en général, fort utile.

Le Dr H.-P.-C. Wilson ne comprend pas pourquoi, si l'on désinfecte tout ce qui touche l'opérée, on ne désinfecterait pas aussi l'air de la chambre. Pour lui, il phénique l'air de l'hôpital, mais n'emploie pas le *spray* pendant l'opération.

Le Dr Sutton croit qu'il est prouvé que dans la chirurgie abdominale l'acide phénique est d'une utilité douteuse.

Le Dr Albert Smith lit un mémoire sur l'**eau chaude dans l'hémorrhagie secondaire survenant après les opérations pelviennes**. L'eau très chaude a donné de bons résultats dans les hémorrhagies de la grossesse, et de très bons après l'accouchement. Il fait faire, dans chaque accouchement, une injection d'eau desinfectée de 46°,1 à 48°,8.

En juin dernier, il vit un cas de déchirure périnéale s'étendant jusqu'à 28 millimètres dans la cloison recto-vaginale. Peu de jours après la restauration, il se produisit une violente hémorrhagie, qui fut arrêtée par la douche chaude. Il recommande donc très chaudement cet agent, d'une application si facile.

Le Dr Reamy a l'habitude, dans les restaurations périnéales, d'arroser les surfaces avec de l'eau chaude pendant toute l'opération, au lieu de les éponger.

La plupart des membres présents partagent les idées de l'auteur.

Le Dr Barker s'est demandé quel hémostatique pourrait agir plus promptement que l'eau chaude, qui demande de 15 à 20 minutes pour produire son effet. Il n'a pas trouvé. Mais, dans un cas de déchirure du vagin, il a appliqué du coton trempé dans de l'extrait liquide d'ergot ; l'hémorrhagie s'arrêta.

Le Dr Smith, en terminant la discussion, dit qu'il n'est point satisfait de l'ergot comme hémostatique, et il cite des cas où l'eau très chaude lui a été fort utile.

Le Dr C.-O. Palmer, de Cincinnati, lit un travail sur la **dysménorrhée.** Sans doute, dans les différentes espèces de dysménorrhée, névralgique, congestive, obstructive et membraneuse, l'élément mécanique joue un certain rôle ; mais regarder la dysménorrhée comme toujours mécanique, c'est commettre une erreur en théorie, pernicieuse dans la pratique. La dysménorrhée obstructive est rare, comparativement, et, dans la plupart des cas, la douleur n'est pas le résultat de la rétention menstruelle. La forme névralgique est la plus fréquente ; c'est, après la forme membraneuse, la plus rebelle, lorsqu'elle est déjà ancienne. Quant au traitement, chez les célibataires, il doit être général, jusqu'à ce qu'un examen local s'impose ; ce n'est qu'après l'échec, assez rare heureusement, de ce traitement, qu'il faut instituer un traitement local. Le sulfate, le carbonate, l'iodure de fer sont indiqués, lorsque le sang est peu abondant et pâle. La quinine et la noix vomique aident à l'effet du fer.

Si les règles durent trop longtemps ou sont trop fréquentes, l'arsenic vaut mieux. Il faut toujours améliorer l'état général ; l'électricité est indiquée seulement dans les formes nerveuse, spasmodique ou rhumatique. Même en dehors de la syphilis, Palmer s'est fort bien trouvé d'un mélange de bichlorure de mercure avec de l'iodure de potassium, ainsi que de la teinture concentrée de cimicifuga, donnée quelques jours avant l'époque présumée des règles, et continuée à petite dose au moment de la douleur ; la pulsatille, employée de même, lui a donné de bons résultats. On a beaucoup abusé de l'opium, surtout en injections hypodermiques.

Nul ne discute l'utilité de la dilatation du col ; il faut la faire dans toutes les formes nerveuses et spasmodiques de la dysménorrhée, lorsque le traitement médical et constitutionnel a échoué. La meilleure méthode est la dilatation progressive avec les bougies et l'application du dilatateur à deux branches. La sthénose cervicale joue un rôle moins actif qu'on ne le croit dans la dysménorrhée ; mais elle est un facteur important dans la cause de l'état morbide et des symptômes. Lorsque le canal est le siège d'un rétrécissement organique, il faut préférer l'incision.

Le Dr Chadwick a, depuis quelques années, enseigné à peu près les doctrines émises par l'auteur ; depuis six à huit ans, il a abandonné l'idée de la dysménorrhée par obstruction et, sauf lorsque le rétrécissement occupait l'orifice externe, il n'a guère vu de cas où il fût utile d'inciser le col. Lorsque la dysménorrhée est locale, elle semble due

ou à une irritation, qui cause la douleur, ou, le plus souvent, à la contraction utérine, identique à la contraction de la vessie que détermine l'irritation du col vésical. La dysménorrhée dépend souvent d'une sensibilité extrême du système réflexe. Chadwick a vu récemment deux cas où l'élément nerveux prédominait. Au lieu de morphine, il a fait prendre des bromures à ses malades, de la coca et du carbonate d'ammoniaque ; elles ont guéri.

Le Dr Barker croit que la dysménorrhée mécanique est peu commune, mais qu'elle existe. Souvent, après une grossesse et une couche, elle reparaît aussi aiguë qu'auparavant. Lorsque l'obstruction mécanique et la douleur menstruelle coexistent, il n'est pas nécessaire que l'une soit la cause de l'autre. Pour lui, il existe deux sortes de dysménorrhée ; l'une utérine, l'autre ovarique. Dans la première, lors même qu'il n'y a pas d'obstruction et que la douleur est très vive, celle-ci ne dure que jusqu'à l'apparition de l'écoulement ; dès qu'il est établi, la malade ne souffre plus guère. La douleur est due à l'effort que fait l'utérus pour soulager la pléthore par la rupture des capillaires et l'exfoliation de la muqueuse. Ces conditions se rencontrent chez les femmes pléthoriques et chez celles dont la santé est au-dessous de la moyenne. Il doit se louer de l'emploi du lactate de fer (18 à 30 centigr., trois fois par jour), associé au chlorate de potasse, qui lui paraît précieux pour améliorer le sang. L'apiol lui a donné de bons résultats, au moment où la menstruation s'annonce. Son effet spécifique est très net lorsqu'on le donne au moins deux jours avant le moment présumé des règles ; il en fait prendre deux capsules après chaque repas ; la malade continue jusqu'à la fin des règles.

Une autre espèce est celle qui se caractérise par l'absence de douleur au début de l'écoulement ; la malade ne commence à souffrir qu'au bout de deux ou trois jours. Barker a vu ce fait se produire chez des femmes de tout tempérament ; souvent ches des jeunes femmes vigoureuses, bien musclées, qui, avant les règles, se plaignaient de céphalalgie, de vertiges, de troubles visuels, de douleurs mammaires et lombaires. Il croit que ce sont des cas de dysménor, rhée ovarienne, et il donne volontiers du bromure de sodium (60 à 90 centigr. le matin, l'après-midi et le soir). L'apiol lui a rendu, dans ces cas aussi, des services signalés.

Le Président, Dr Kimball, dans son discours, dont le sujet est une esquisse de la vie du Dr Nathan Smith, signale le fait que, sans avoir eu connaissance de l'opération d'Ephraïm Mc Dowell, Smith a fait,

en juillet 1821, la seconde ovariotomie heureuse qui ait été faite en Amérique.

**Une forme rare de tumeur abdominale**, par le Dr Recamy. — La malade avait 38 ans, elle était stérile ; elle avait eu quelques accès épileptiques ; sauf cela, la santé avait été bonne. Lorsque Recamy la vit, en juillet 1878, elle se plaignait, depuis trois ans, d'une grosseur dans le flanc droit. Cette tumeur était irrégulière, le col utérin normal, le museau de tanche un peu ouvert. Certain qu'elle était kystique, Recamy conseilla une ponction qui donna issue à 6,600 grammes environ d'un liquide semblable à du sang, qui se coagula et laissa voir, à l'examen, des corpuscules sanguins déformés. Sauf les crises d'épilepsie, la malade est en bonne santé. Le volume de son ventre a diminué de moitié.

Les autres cas, dont l'un se termina par la mort, sont tout à fait semblables au précédent, surtout en ce qui regarde les caractères du liquide évacué. Le microscope a révélé dans la tumeur les éléments du sarcome. L'auteur cite Péan, Spencer Wells et d'autres qui ont observé des tumeurs de l'épiploon qui ont quelque ressemblance avec les trois cas qu'il rapporte.

Le Dr Lee croit que, si l'on posait en règle générale la ponction de ces sortes de tumeurs, on les connaîtrait sans doute mieux. Il les croit fort rares, mais il croit qu'on peut faire le diagnostic d'un sarcome de l'épiploon avant l'époque à laquelle se produit l'induration.

Le Dr Sutton dit que les tumeurs de l'épiploon sont fort rares et qu'il n'est pas possible, avant d'ouvrir le ventre, de savoir si une tumeur est cancéromateuse ou sarcomateuse. Mais qu'en procédant par exclusion, on peut ordinairement déterminer si la tumeur est épiploïque. Si elle n'est pas nettement fluctuante, il est fort dangereux de se servir du trocart ou de l'aspirateur ; il faut, pour le diagnostic, employer la seringue hypodermique. Dans l'état actuel de la science, le chirurgien peut rejeter tous ces instruments et faire l'incision exploratrice de l'abdomen ; s'il trouve une tumeur maligne, le mieux qu'il puisse faire, est de fermer la plaie.

Le Dr H.-F. Campbell fait remarquer qu'un bon nombre de ces tumeurs sont pédiculées, et peuvent, par conséquent, être enlevées, pour donner à la malade quelque chance de plus de survie ou de guérison.

Le Dr Reamy croit que la paracentèse a sa valeur diagnostique et

thérapeutique, et que malgré l'antisepsie, elle présente moins de danger que l'incision abdominale.

Le Dr H.-F. Campbell parle d'un cas de **fissure congénitale de l'urèthre chez la femme avec exstrophie vésicale**; l'enfant a deux ans; l'auteur pense qu'il sera utile de renvoyer jusqu'à la puberté l'opération qui, alors, pourra être beaucoup plus utile.

Le Dr Brown rapporte l'histoire d'une enfant de huit ans qui présentait une exstrophie partielle de la vessie avec un ouraque resté ouvert et rempli de caillots. La famille renvoya l'opération proposée, si longtemps que l'enfant mourut avant qu'elle l'eût acceptée.

Le Dr Mann cite un cas qu'il a vu en consultation; il a conseillé de faire immédiatement une opération, elle a été faite par le Dr Minter avec un plein succès.

**Les déchirures du périnée, nouvelle méthode de restauration**, par le Dr T. Addis Emmet. — L'auteur croit que la déchirure simple du périnée, même étendue jusqu'aux fibres du sphincter anal, n'a pas d'inconvénient après la cicatrisation; la seule incommodité qu'elle produira vient d'un effet réflexe partant de la cicatrice. Son expérience lui a prouvé qu'aucune opération, faite pour obvier aux symptômes qu'on attribue au défaut de support causé par la perte du périnée, ne donne le résultat cherché, à moins qu'elle ne comprenne une partie de la paroi vaginale postérieure; sans cela, peu importe l'étendue des surfaces réunies; on peut fermer l'entrée du canal, on n'aura pas le soutien désiré, si l'on n'obtient pas, dans le vagin, l'union des parties postérieures à la ligne d'attachement du vagin avec les tissus extérieurs, c'est-à-dire bien au delà de toute déchirure confinée au périnée.

Aussi cherche-t-il à réunir un pli du périnée, en l'amenant au niveau de la fourchette, au point où était l'hymen, formant un croissant à travers le vagin, de sorte que chaque corne aille se perdre dans un pli de chaque côté. Lorsque l'opération est faite, les lignes des sutures sont hors de vue, même lorqu'on écarte les lèvres. Les parties réunies vont en s'amincissant vers l'entrée du vagin, comme à l'état normal.

Le Dr Reamy, sans vouloir critiquer l'opération décrite par Emmet, la compare cependant au raccommodage des bretelles d'un homme dont le pantalon serait tout déchiré au derrière. L'opération d'Emmet ne lui semble pas faire plus que de disposer de l'abondance de tissus qu'on trouve, dans quelques cas, à la partie postérieure du

vagin. Il ne croit donc pas qu'Emmet veuille proposer cette nouvelle opération pour remplacer celle qui a acquis son droit de cité dans les cas de lacération périnéale.

Le Dr Frank P. Foster affirme que le périnée n'a aucunement la fonction de soutenir les parties situées *au-dessus ;* ce qui ne veut pas dire que le périnée ne sert à rien ; il est facile de démontrer qu'il a plusieurs fonctions.

Le Dr R.-S. Suton admet que le corps triangulaire que les opérateurs s'efforcent de reconstruire n'existe pas ; mais il ne peut croire que le Dr Emmet ait voulu dire qu'il n'y ait pas un corps en forme de losange, entre le vagin et le rectum, composé de tissu conjonctif et de fibres musculaires, visibles à la coupe, et qui tirent les lèvres de la plaie en sens opposé. Il ne peut comprendre comment, hors le cas de rectocèle, le Dr Emmet a trouvé quelquefois une plus grande épaisseur de tissu après l'accident qu'avant.

Le Dr Emmet, en terminant, dit qu'il n'a pas nié l'existence du périnée, mais il ne lui reconnaît pas la forme qu'on a voulu lui donner. Lorsque ses opposants reliront son mémoire ils verront qu'ils ne sont pas loin de s'entendre avec lui.

**Traitement de la ponction accidentelle de l'utérus gravide dans la laparotomie**, par le Dr Charles Carroll Lee, de New-York. — Après avoir cité sept cas dont un lui est personnel, l'auteur conclut ainsi :

1° La blessure de l'utérus gravide ne cause pas nécessairement l'avortement.

2° L'avortement semble, *a priori*, et la clinique le prouve, dépendre non de la lésion utérine, quelque grave qu'elle soit, mais des lésions du contenu de l'utérus.

3° Si le contenu a été blessé, l'opération césarienne est indiquée et doit être faite dans les règles, et il faut avoir grand soin d'assurer le drainage de la cavité utérine.

4° Si la paroi utérine est seule blessée, il faut traiter la plaie d'après les règles générales ; si la ponction ou l'incision est profonde, il faut la suturer et bien exactement réunir les bords ; le meilleur fil est le fil de soie fin antiseptique. Les ponctions superficielles ne doivent pas être ligaturées, parce que le tissu utérin se laisse aisément sectionner par les ligatures, et si la plaie est trop petite pour être suturée, on touche les points saignants avec le thermo-cautère jusqu'à ce que le sang s'arrête. Il est humain et de plus chirurgical de donner à l'enfant autant de chance de survie qu'à sa mère.

Le Dr H.-P.-C. Wilson, de Baltimore, rapporte le cas d'une femme qu'il a ovariotomisée au quatrième mois de sa grossesse. La tumeur présentait un gros pédicule attaché à l'utérus; il le transfixa et fit une double ligature; le revêtement péritonéal de l'utérus fut intéressé. Dans la deuxième semaine, l'opérée fut assez bien pour s'asseoir. Puis elle commença à souffrir et à frissonner. Wilson reconnut un abcès, et se préparait à y faire une ponction exploratrice, lorsqu'elle avorta, environ trois semaines après l'opération. Pour l'auteur, cette malade n'aurait très probablement pas avorté, si elle n'avait pas eu cet abcès dans la paroi abdominale.

Le Dr H.-J. Garrigues, de New-York, croit qu'il est possible, mais très rare, que l'évacuation du liquide amniotique ne soit pas suivie de l'avortement.

Le Dr Byford, de Chicago, insiste sur l'importance d'un examen attentif qui permette de s'assurer si la malade est enceinte. Il ne croit pas qu'il puisse être amené à faire une opération de ce genre, sans s'être assuré de l'existence ou de l'absence d'une grossesse. Avant d'avoir entendu la lecture du mémoire du Dr Lee, il croyait qu'il faut toujours suturer l'utérus blessé, mais le Dr Lee a cité des cas heureux où la suture n'a pas été faite, ce qui l'amène à conclure qu'il y a des cas exceptionnels dans lesquels la suture n'est pas nécessaire. Pour le cas dans lequel il a opéré, Byford a vu que, si la grossesse est arrivée à six ou sept mois, les points de suture ne peuvent guère tenir, car, moins de dix minutes après que la blessure a parue assez étendue pour admettre le bout du doigt, elle prit les dimensions d'un dollar en argent; la contraction utérine est si puissante, que Byford croit qu'elle déchirerait immédiatement le tissu de l'utérus, si l'on y plaçait des sutures.

Le Dr Lee, à la fin de la discussion, dit qu'il croit le traitement des blessures de l'utérus moins efficace vers la fin de la gestation qu'au début, et cela, pour les raisons que donne le Dr Byford. Il cherchera cependant les occasions de s'assurer que les ligatures coupent le tissu utérin, soit au début, soit à une époque avancée de la grossesse.

Le Dr Reeve Jackson, de Chicago, lit un mémoire intitulé : **L'extirpation de l'utérus cancéreux est-elle une opération justifiable ?**

La mortalité, après l'opération de Freund, est 72 0/0 ; peut-être serait-elle beaucoup plus élevée si l'on connaissait tous les cas. Jackson connaît huit cas, à Chicago, dont deux seulement ont été

publiés. L'auteur croit que le diagnostic du cancer, au début, dans l'état actuel de nos connaissances, est absolument impossible; mais il n'est pas douteux que, lorsqu'il est assez avancé pour être reconnu, il l'est trop pour pouvoir être traité avec succès, soit par une opération ou autrement. Les opérations partielles sont mauvaises à plus d'un point de vue; l'extirpation de l'utérus ne diminue pas les souffrances de la malade, et elle n'allonge pas sa vie.

L'auteur a réuni 157 cas; une seule femme a survécu plus de deux ans et demi.

Il conclut donc :

1° Le diagnostic du cancer utérin ne peut pas être établi assez tôt pour rendre possible l'extirpation de l'organe.

2° Lorsque le mal est reconnu, il n'y a plus d'espoir raisonnable d'une guérison radicale; les autres modes de traitement, moins dangereux que l'enlèvement de l'utérus entier, diminuent la douleur, retardent les progrès du mal, et prolongent la vie.

3° L'ablation de l'utérus est extrêmement dangereuse, n'atténue jamais les souffrances, sauf lorsqu'elle tue, et ne donne pas de garantie raisonnable de guérison; elle ne doit donc pas entrer dans la chirurgie moderne.

M. le Dr Van de Warker, de Syracuse, a déjà énoncé les mêmes idées que Jackson, et il n'a pas trouvé l'occasion d'y rien changer. Pour les cas peu anciens, il a adopté un traitement basé sur la méthode indiquée par Sims : Curer traite la surface malade, arrêter l'hémorrhagie, puis appliquer un tampon imbibé d'une solution au centième de chlorure de zinc, en protégeant le vagin au moyen d'une pommade de vaseline, avec du bicarbonate de soude. Il s'ensuit un énorme sphacèle de la cavité utérine. Le Dr Van de Warker en montre des pièces accompagnées de préparations microscopiques, qui prouvent que l'eschare a dépassé le point où atteignait l'infiltration cancéreuse.

Le Dr Emmet, de New-York, partage sans restriction les idées émises par l'auteur.

Le Dr Baker, de Boston, qui croit à l'origine locale du mal, a une grande confiance dans les opérations pour le cancer. Il répète en détail sa méthode opératoire qui ne comprend pas l'ablation de l'utérus et qui a été publiée dans l'*American Journal of Obstetrics*. Plus de cinq ans après les opérations, plusieurs de ses mala-

des vivent et semblent bien portantes. Il admet cependant que les cas qui justifient l'ablation totale de l'utérus ne sont pas communs.

Le Dr Palmer, de Cincinnati, croit que, au point de vue de l'extirpation de l'utérus, on peut diviser les cas en deux classes : ceux où elle est absolument injustifiable ; il y range presque tous les cas de cancer débutant par la partie intra-vaginale du col ; dans la seconde, il réunit les cas de cancer primitif du corps utérin, fort rare sans doute, et de sarcome dur ou mou. Le mal peut être guéri, dans cette dernière classe, par l'ablation du l'utérus. Mais il est ordinairement impossible de déterminer si le mal n'a pas dépassé l'utérus et envahi le tissu connectif et les lymphatiques du bassin.

Le Dr Sutton, de Pittsburgh, a opéré cinq fois, par la méthode de Simon. Il croit l'opération justifiable, et, sans se prononcer absolument en sa faveur, il croit qu'il est des circonstances où elle est ce qu'il y a de mieux à faire.

Le Dr Jackson n'a rien à ajouter à son mémoire.

**Menstruation après l'enlèvement des ovaires**, par le Dr H. F. Campbell, d'Augusta. Quoique les ovaires soient indubitablement les excitants de l'acte menstruel, ils ne sont probablement pas les seuls incitateurs de l'activité génitale. La réapparition du flux menstruel, après l'ablation des ovaires, peut sans doute tenir à l'habitude, à la congestion périodique, ou à ce que l'opérateur n'a pas enlevé les trompes ; mais, dans certains cas, à une propriété du système nerveux, qui continue à s'exercer quelque temps après la disparition des organes qui lui servaient à se manifester. L'anatomie nous enseigne que le centre nerveux qui commande l'utérus et le plexus hypogastrique peut se trouver dans le renflement crural de la moelle.

Le Dr Goodell, de Philadelphie, n'a jamais enlevé les deux ovaires sans voir apparaître, dans les quatre ou cinq jours suivants, la *menstruation forcée*, qu'il attribue à l'irritation des nerfs compris dans la partie sectionnée ; il peut donc accepter l'idée de l'auteur, que la perte est due à l'irritation du bulbe nerveux. Quelques ovariotomistes ont affirmé que, lorsque les deux ovaires ont été totalement enlevés, la menstruation est extrêmement rare ; Goodell, d'après ce qu'il a observé, est disposé à croire que, dans tous les cas où la perte sanguine se reproduit pendant longtemps, il a été laissé une portion du tissu ovarien.

Le Dr T. A. Emmet, de New-York, rapporte un cas dans lequel il a enlevé les deux ovaires avec les trompes ; l'opérée a été menstruée

régulièrement treize fois, avec cette seule différence que la période était plus longue que la normale, avant l'opération; depuis lors, elle dure trois jours, et est naturelle de tout point.

Le Dr Garrigues, de New-York, croit que, dans ces cas, il faut penser à la possibilité de l'existence d'un troisième ovaire, et il cite le cas d'une malade qui, opérée de deux ovaires, se maria et mit au monde un enfant bien portant.

Pour le Dr F. Gaillard Thomas, qui a enlevé les deux ovaires une soixantaine de fois, la menstruation survenant après l'ablation des deux organes est une exception. Ce qu'on appelle menstruation n'est qu'une *métrostaxis* causée par l'habitude qu'a l'utérus de donner passage au sang menstruel, sous le contrôle du système ganglionnaire. On voit plus rarement cet écoulement se reproduire après l'opération de L. Tait qu'après celle de Battey, parce que la première garantit mieux l'enlèvement total des ovaires. Il a vu une femme porter trois ovaires, et il croit que l'ovulation est le facteur principal de la menstruation. Les trompes n'ont rien à faire, suivant lui, dans la production de la menstruation, mais elles jouent un rôle important dans l'exécution de cette fonction.

Le Dr W. H. Byford, de Chicago, et le Dr Mann, de Buffalo, partagent les idées des préopinants.

**Abcès chronique du bassin**, par le Dr Byford, de Chicago. La surface interne de l'abcès présente la même structure et le même aspect que la surface d'un ulcère extérieur; elle est couverte de granulations qui produisent du pus. Elles forment des exubérances en général plus volumineuses que celles qu'on voit sur un ulcère externe. Lorsque l'inflammation du tissu voisin diminue, et que les exsudations sont absorbées, les granulations disparaissent dans la formation d'une membrane cicatricielle; la cavité se recouvre d'un tissu semblable à celui qui revêt un ulcère externe. Le pus n'augmente plus en quantité, la surface cicatricielle sécrète du sérum qui macère et détruit les globules de pus; l'endosmose et l'exosmose se faisant à travers la membrane, la tumeur, devenue kyste, ne renferme plus que du sérum.

Le Dr F.-G. Thomas insiste sur la nécessité d'ouvrir ces sortes d'abcès. Leur recherche et leur exploration sont ce qu'il y a de plus dangereux en gynécologie. Quand on peut reconnaître exactement la présence du pus et sa situation, mais pas avant, il faut faire l'exploration. Thomas la fait avec l'aiguille exploratrice, qui sert de con-

ducteur à un bistouri court, courbé, à pointe aiguë. L'abcès étant ouvert largement, Phanos y introduit un tube en verre, muni d'une collerette perforée, qui permet de la fixer par des fils. Lorsque l'abcès est vaste, il le remplit d'étoupe iodoformée, qu'il change tous les jours.

**L'ergot, ses usages et ses abus**, par le Dr G.-J. ENGELMANN, de Saint-Louis. — L'auteur désire que l'ergot ne soit employé que pour l'utérus non prégnant. On peut confier aux gardes des médicaments plus sûrs et moins dangereux.

Le Dr JOSEPH TABER JOHNSON, de Washington, ne croit pas que l'ergot soit employé par les médecins aussi universellement que le Dr Engelmann paraît le dire. Il ne connaît pas de médecin qui l'administre dans le premier temps de l'accouchement. Il aimerait cependant qu'il fût banni de la chambre des accouchées.

Le Dr CAMPBELL, d'Augusta, donne invariablement de l'ergot après la sortie du placenta et après l'administration du chloroforme.

Le Dr A.-H. SMITH, de Philadelphie, croit que l'ergot, dans les accouchements, fait un grand mal; il ne croit pas qu'il soit jamais nécessaire de l'administrer.

Le Dr ELWOOD WILSON, de Philadelphie, manifeste son étonnement. Il ne croit pas qu'aucun médecin veuille aborder un cas de placenta prævia sans se servir de l'ergot, qui lui a rendu d'excellents services dans 32 cas de ce genre. C'est un remède excellent dans tous les cas où l'utérus montre une disposition à se relâcher, dans l'hémorrhagie *post-partum*. Il le regarde comme utile dans la délivrance.

Le Dr ENGELMANN, en terminant, dit qu'il a simplement voulu avancer que l'ergot est un médicament dangereux, qu'il fait beaucoup de mal; il est un puissant excitateur de la contraction utérine; mais nous avons d'autres moyens d'obtenir les mêmes effets, sans exposer la malade aux dangers de ce remède.

(*Americ. Journ. of Obst.*, 1883, p. 1084.)

A. CORDÈS.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

*Séance du* 7 *novembre* 1883.

**Fibromes enlevés par une incision abdominale.** — Le Dr MEADOWS présente les pièces de deux fibromes sous-péritonéaux pesant, l'un

une livre et l'autre cinq livres, qu'il a enlevés avec succès par une incision abdominale.

**Grossesse abdominale traitée par l'incision abdominale.** — Le Dr Meadows présente également un fœtus qu'il a enlevé avec succès par l'incision abdominale d'un kyste extra-utérin suppuré. La grossesse datait de cinq mois. On sutura le kyste à la paroi abdominale et on lava la cavité.

**Bassin déformé.** — Le Dr Griffith présente un bassin rachitique oblique, non accompagné de courbure spinale, dont il attribue la production à ce que la femme n'avait pas les jambes d'égale longueur.

Le Dr Gervis appelle l'attention sur ce fait que la moitié du sacrum, correspondant à la jambe la plus courte, était plus petite que l'autre moitié, bien qu'il n'existât pas de synostose sacro-iliaque.

Le Dr Robert Barnes a reproduit un cas semblable dans le premier volume des *Transactions*.

**Opération césarienne.** — Le Dr Godson présente une table de cas dans lesquels l'opération césarienne a été pratiquée deux fois chez la même malade.

**Membrane dysménorrhéale.** — Le Dr Wynn Williams présente un moule fibrineux de l'utérus (membrane dysménorrhéale), qui a été expulsé sans douleur par une malade.

**Trois cas de pyosalpinx.** — Le Dr Lawson Tait fait une communication sur ce sujet. Il relate trois cas de péritonite aiguë produite par un pyosalpinx, guéri par l'incision abdominale, l'enlèvement des annexes de l'utérus qui étaient malades, le lavage et le drainage du péritoine. Le premier cas était celui d'un pyosalpinx chronique devenu aigu à la suite de l'application d'un pessaire à tige. Il y eut une rupture de la trompe suivie d'une péritonite aiguë. L'incision abdominale fut faite rapidement et la malade guérit. Le second cas a déjà été publié dans le *British medical Journal* du 17 février 1882, et l'auteur n'en fait mention que pour rappeler que la malade a guéri comme la précédente. Dans le troisième cas, il s'agit d'une péritonite purulente développée par suite de la rupture d'une trompe atteinte de suppuration. Le pyosalpinx était d'origine blennorrhagique. La trompe gauche seule fut enlevée. La malade guérit complètement. L'auteur a opéré jusqu'à aujourd'hui 65 cas d'occlusion de la trompe avec distension de l'organe sans aucun insuccès. Dans un cas seulement il n'a pu débarrasser complètement la malade des dou-

leurs qu'elle éprouvait. Il a perdu de vue six malades et deux autres sont mortes depuis l'opération, par suite de causes tout à fait indépendantes de celle-ci.

Le Dr Wynn Williams proteste contre l'allégation qui attribue au pessaire à tige une cause efficiente dans la production de la maladie relatée plus haut. Si l'emploi de ce pessaire a pu causer quelque mal, ce n'est pas l'instrument qu'il faut incriminer, mais le médecin qui l'a placé. Quant à lui, il croît que le pyosalpinx ne peut être attribué à l'usage du pessaire, et qu'il existait avant qu'on n'eût appliqué l'instrument.

Le Dr Doran est d'avis que la suppuration de la trompe est souvent produite par l'introduction d'un hystéromètre malpropre, portant dans la cavité utérine de la matière septique qui donne lieu au développement d'une forme bâtarde d'inflammation.

Le Dr Robert Barnes dit que M. Tait vient d'ouvrir un nouveau champ opératoire à la chirurgie abdominale. Tout le monde a observé des cas analogues à ceux qu'il a relatés et ses statistiques montrent bien que la maladie est justiciable d'un traitement chirurgical.

Le Dr A. Duncan demande à M. Tait s'il a constaté souvent l'adhérence des trompes et si, le cas échéant, l'opération en était rendue plus difficile. Dernièrement il a observé deux cas de pyosalpinx; dans l'un, la trompe gauche s'ouvrit dans le vagin, dans l'autre, la maladie se termina par résolution.

Le Dr Gervis pense que M. Tait a présenté des distensions tubaires sous un jour trop sombre au point de vue du pronostic. Il a observé des cas qui étaient peut-être des hydrosalpinx, qui ont guéri sans opération. Pour lui, toutes les causes capables de produire l'endométrite peuvent donner lieu à la salpingite. Il voudrait que l'on établit le diagnostic de cette maladie d'une façon plus exacte. Il est d'avis que l'opération proposée n'est pas un des moindres progrès de la chirurgie abdominale.

Le Dr Howocks s'étonne qu'on n'ait pas plus souvent l'occasion d'observer les cas de cette nature, en faisant des autopsies. S'ils étaient aussi communs que M. Tait veut bien le dire, ne serait-il pas permis de supposer que la plupart guérissaient sans opération chirurgicale.

Le Dr Fancourt Barnes félicite M. Tait d'avoir jeté la lumière sur cette question obscure, ce qui lui permet maintenant de reconnaître différents cas de pyosalpinx qui lui avaient échappé.

Le Dr Graily Hewitt pense que l'affection décrite par M. Tait n'est pas commune. Il signale en outre une cause, omise par ce dernier, à savoir l'occlusion du col.

Le Dr Knowsley Thornton désirerait connaître la fréquence respective des cas d'hydrosalpinx et de pyosalpinx. Il lui est impossible de considérer l'hydrosalpinx comme un état grave, car il l'a rencontré bien souvent en pratiquant l'ovariotomie; il croit que la rupture ne cause que peu ou point de trouble morbide, et, de plus, que c'est là un des modes de guérison de la maladie. Le pyosa'pinx est plus grave, mais la guérison survient souvent par suite d'évacuation du pus par le canal utérin. Il est donc très important d'établir une distinction entre ces deux états et de faire connaître les signes qui peuvent permettre de faire un diagnostic différentiel entre eux. Il a opéré deux pyosalpinx et n'a jamais rencontré que de très légères adhérences.

Le Dr Matthews Owens a assisté à quinze de ces opérations et affirme que les résultats en ont été excellents. Pour lui, bien des cas de ce qu'on appelle hystérie doivent être aujourd'hui attribués une affection des trompes.

Le Dr Murray insiste sur l'importance du diagnostic. Il croit que l'on pourrait facilement vérifier à Lock Hôpital l'influence supposée de la blennorrhagie comme facteur étiologique de la maladie.

Le Dr Heywod Smith se demande si, dans le cas d'hydrosalpinx, il ne serait pas préférable de faire la ponction, plutôt que l'extirpation.

Le Dr Lawson Tait dit qu'il a constaté la transmission de la blennorrhagie par un spéculum sal et que, par conséquent, on peut bien admettre que la maladie peut être portée jusqu'aux trompes par un hystéromètre malpropre. Quant à lui, si on l'appelait pour un cas de péritonite puerpérale, dont l'évolution serait assez peu avancée pour que l'on puisse espérer un bon résultat de l'opération, il n'hésiterait pas à ouvrir l'abdomen, à faire le lavage et le drainage de la cavité, mais jusqu'à présent il n'a pas encore eu la chance de tomber sur un cas favorable. Il est d'avis que bien des cas d'hydrosalpinx et de pyosalpinx guérissent spontanément.

Quant au diagnostic, il repose sur les commémoratifs : généralement, la maladie débute par de l'inflammation, la douleur plus ou moins constante est augmentée par les mouvements, par les rapports sexuels et par des ménorrhagies; on constate, en outre, des signes physiques de changements survenus dans le bassin. Il a eu, environ

une fois sur dix, l'occasion de faire des erreurs de diagnostic. Dans certains cas, il a pris pour un pyosalpinx un petit kyste dermoïde. Il fait remarquer que si l'on ne constate pas de pyosalpinx dans les salles d'autopsie, c'est que des malades sont emportées par la péritonite trop rapidement pour avoir le temps d'aller à l'hôpital.

Dans sa pratique, il a rencontré l'hydrosalpinx et le pyosalpinx dans la proportion de 8 à 2. L'hydrosalpinx ne compromet en rien l'existence, mais cause souvent des douleurs atroces, ce qui fait que l'on ne doit pas hésiter à le faire disparaître. Il est impossible de faire le diagnostic entre les deux affections. Pour le drainage, il se sert d'un tube en verre et comme liquide il emploie de l'eau pure.

**Gangrène idiopathique de l'utérus.** — Le Dr Lawson Tait communique une observation de ce cas. La malade, âgée de 84 ans, entre à l'hôpital parce qu'elle éprouvait des douleurs pelviennes vagues et avait un écoulement fétide. L'utérus est mou, l'abdomen gonflé et il y a des symptômes fébriles. Au bout de quarante jours, la malade meurt, et, à l'autopsie, on trouve l'utérus noir, gangrené, sans que l'on puisse trouver la cause productrice de cet état. La malade s'était refusée à toute intervention chirurgicale, sans quoi il aurait été facile d'enlever l'utérus mortifié par une incision abdominale.

**Affection des trompes non décrite.** — Le Dr Lawson Tait lit un travail sur ce sujet. La malade, âgée de 86 ans, éprouvait constamment des douleurs pelviennes, aggravées pendant la menstruation et après les rapprochements sexuels, elle était très amaigrie. Depuis longtemps, elle suivait un traitement médical sans aucun succès. On ne constatait d'autre signe d'affection pelvienne qu'une grande sensibilité. L'auteur fit une incision exploratrice et trouva les franges du pavillon des trompes adhérentes par des petits nodules bizarres, du volume d'un grain de millet. Il enleva les annexes de l'utérus et la malade recouvra complètement la santé. Les nodules furent examinés par M. Eve, qui ne put donner aucune opinion sur leur origine ni sur leur nature ; ce qu'il pouvait affirmer, c'est qu'ils n'étaient ni cartilagineux ni osseux.

Paul Rodet.

# REVUE CLINIQUE.

## NOTE SUR UN CAS DE BASSIN OSTÉOMALACIQUE OBSERVÉ A LA MATERNITÉ DE PARIS. QUATRIÈME ACCOUCHEMENT A TERME. — CÉPHALOTOMIE. GUÉRISON.

Par **A. Auvard**, interne à la Maternité de Paris.

Le 22 septembre 1883, à 10 heures du matin, entrait à la Maternité de Paris une femme âgée de 36 ans, enceinte pour la quatrième fois et en travail depuis trois jours. Le liquide amniotique s'est écoulé pendant la nuit précédente.

Toutes les grossesses antérieures, au nombre de trois, se sont très bien terminées; les enfants sont venus à terme et bien portants.

Aucun indice dans l'examen extérieur de la malade ne fait prévoir un vice de conformation quelconque du côté du squelette pelvien.

La grossesse actuelle a d'ailleurs été fort bonne. A aucun moment il n'y a eu d'état maladif.

L'examen de l'abdomen ne fournit aucun renseignement spécial; le volume est celui d'une grossesse à terme.

La palpation est rendue difficile par la rigidité de la paroi utérine, n'étant plus distendue par le liquide amniotique, et présentant des contractions très frequentes. Cependant audessous du détroit supérieur on sent une partie fœtale égale, arrondie, un peu mobile, qui donne assez bien les caractères d'une tête n'ayant pas encore pénétré dans l'excavation.

Les bruits du cœur fœtaux sont normaux et ont leur maximum du côté droit, un peu au-dessous de l'ombilic.

En faisant pénétrer l'index dans les organes génitaux, on est de suite frappé par l'étroitesse transversale du squelette à ce niveau, le doigt se trouve à l'étroit entre les deux branches ischio-pubiennes, et l'attention, éveillée par cette première

constatation, en portant l'autre main sur la symphyse pubienne, on s'aperçoit facilement qu'elle fait une saillie très considérable en avant en forme de rostre.

Ce resserrement des branches ischio-pubiennes, la saillie de la symphyse, mettent de suite sur la trace du diagnostic. et en cherchant les différents autres caractères de l'ostéomalacie, on ne tarde pas à s'apercevoir que le cas est absolument typique.

En pénétrant plus avant dans le vagin, on trouve le col utérin très élevé, placé au niveau du détroit supérieur, présentant une dilatation comme le paume de la main environ. Le sommet se présente; vu la hauteur de la tête, la position est à peu près impossible à déterminer nettement, d'autant plus qu'il y a une bosse séro-sanguine assez épaisse.

Se dirigeant en arrière, le doigt ne tarde pas à rencontrer le promontoire, qui fait une saillie assez notable. Ce promontoire est relativement bas, le plan du détroit supérieur se rapproche beaucoup plus de l'horizontale qu'à l'état normal.

Le diamètre promonto-sous-pubien est difficile à déterminer, car l'index ne peut, en avant, se glisser jusque sous le ligament triangulaire, la gouttière est trop étroite pour le permettre. En essayant de mesurer approximativement le diamètre, on voit qu'il peut être chiffré environ de 9 centimètres.

La distance qui sépare le promontoire de la partie la plus postérieure de la gouttière, est environ de 6 centimètres 1/2 ; c'est le diamètre utile, celui que la tête va avoir à franchir. et il n'y a pas lieu de faire de déductions pour avoir le diamètre réel, vu l'abaissement du promontoire.

La face antérieure du sacrum est fortement concave en avant.

Les deux branches ischio-pubiennes, très rapprochées dans leur partie pubienne ou antérieure, s'écartent dans leur partie ischiatique, de manière à permettre un certain écartement des deux tubérosités qui les terminent. L'écartement des ischions, mesuré au dehors, à travers la partie molle, est d'environ 7 centimètres.

La consistance des os est d'ailleurs normale et le bassin semblable dans ces deux moitiés symétriques.

Les mensurations externes du bassin ont fourni les résultats suivants :

| | |
|---|---|
| Distance entre les deux épines iliaques antéro-supérieures........ .................... | 22 |
| Distance entre les deux crêtes iliaques ...... | 26 |
| Diamètre conjugué externe de la première apophyse épineuse sacrée à la symphyse pubienne.................................. | 17.5 |

En faisant coucher la malade sur le côté et en examinant la face externe du sacrum, on voit qu'il presente une convexité très exagérée. En moulant sur la surface de cet os une lame de métal malléable, et en reportant sur le papier la courbe ainsi obtenue, nous avons trouvé qu'elle représentait assez bien un segment de cercle ayant un rayon de 8 centimètres.

En portant les extrémités du compas de chaque côté du bec formé par la symphyse pubienne, à environ 3 centimètres du sommet, on voit que l'écartement des deux branches pubiennes est à ce niveau de 5 centimètres.

Tout le reste du squelette est absolument normal. La taill de la malade est de 1m 40.

Elevée et mariée en Savoie, cette femme, sauf une variole dans son enfance, avait été ordinairement bien portante.

Réglée à 13 ans 1/2, elle se maria à l'âge de 27 ans,en 1874 et eut un enfant l'année suivante. Elle vint à Paris en 1875. En 1876, nouvelle grossesse, pendant les derniers mois de laquelle elle tomba malade sans être toutefois obligée de garder le lit. Elle se sentait simplement fatiguée, brisée, obligée de se reposer souvent et de garder le lit de temps en temps. Elle accoucha normalement, et ne se décida à entrer à l'hôpita Saint-Antoine que l'année suivante, en 1877.

A l'hôpital elle resta couchée pendant deux mois. Elle éprouvait alors des douleurs générales dans tous les membres. Chaque fois qu'elle voulait faire un mouvement, elle éprou-

vait des souffrances assez vives, elle avait, dit-elle, la sensation d'os qui se cassaient. En dehors des mouvements, elle souffrait peu.

Le diagnostic aurait été à ce moment, au dire de la patiente, maladie de moelle, paraplégie.

Rentrée chez elle, elle ne tarda pas à redevenir enceinte, et, arrivée au cinquième mois de cette grossesse, elle fut obligée de garder complètement le lit jusqu'au moment de l'accouchement, qui eut lieu en novembre 1878. Elle ne recommença guère à se lever qu'au mois de janvier suivant. L'accouchement n'avait présenté aucune difficulté, l'enfant était né vivant et bien portant.

A partir de janvier 1879, il y eut amélioration progressive dans l'état de cette femme jusqu'en 1881, époque à laquelle la malade, sans avoir recouvré toutes ses forces, pouvait se livrer à ses occupations habituelles. C'est au commencement de cette année 1883 qu'eut lieu le début de la grossesse actuelle.

Entrée le matin à 10 heures, la malade est opérée à 2 heures par M. Tarnier.

Les dimensions du bassin sont telles qu'on pratique de suite la perforation du crâne avec l'instrument de Blot.

A la suite de la perforation, on applique le céphalotribe fenêtré de Bailly, qui saisit solidement la tête. Le broiement opéré, on fait faire à l'instrument un quart de tour pour essayer de placer les diamètres complexes et réduits de la tête fœtale dans le diamètre antéro-postérieur du bassin. Il est impossible malgré des tractions un peu prolongées, de faire l'extraction.

L'instrument, qui n'a pas lâché prise, est désarticulé et enlevé. En cherchant à se rendre compte de la raison pour laquelle l'extraction a été impossible, on voit, en rapprochant le manche, comme il l'était après le broiement précédent, que les cuillers de l'instrument sont écartées dans le sens transversal de 7 centimètres 1/2, et qu'elles ne pouvaient, par conséquent, passer dans le diamètre antéro-postérieur du bassin qui présente un espace réel de 6 centimètres 1/2 environ.

Les cuillers de ce même céphalotribe, mesurant 5 cent. dans le sens antéro-postérieur, il y a lieu d'espérer que l'extraction sera possible en maintenant l'instrument droit, sans faire le mouvement de rotation. L'instrument est réappliqué. La prise est aussi solide que la première fois, mais en serrant la vis, la rotation tend à se faire spontanément; on l'empêche en maintenant l'instrument. Nouvelles tentatives infructueuses d'extraction, les cuillers étant dans le diamètre transverse du bassin.

Le céphalotribe de Bailly est remplacé par celui de Guyon. Appliqué deux fois de suite, ce dernier instrument glisse rapidement. Sa prise est tout à fait insuffisante.

M. Tarnier essaye alors d'appliquer le forceps à lame étroite de Dubois, forceps très résistant et permettant la réduction de la tête perforée. Mais l'instrument ne tarde pas à glisser.

La perforation étant à peu près complètement obturée par le chevauchement des os, on réintroduit l'instrument de Blot, en un point voisin de celui où il avait été appliqué la première fois, et, par cette nouvelle ouverture, on glisse la branche mâle du cranioclaste de Braun. La branche femelle est placée à droite, siège supposé de la face d'après la région où on avait entendu les battements cardiaques du fœtus. Le cranioclaste fournit une pression solide et ne tarde pas à amener la tête. Il faut exercer quelques tractions énergiques pour dégager les épaules. La fin de l'accouchement ne présente rien de spécial à signaler.

L'enfant était un garçon du poids de 3,425 gr., sans compter la substance cérébrale dont une grande partie était évacuée. Sa longueur était de 56 centimètres.

Les dernières perforations avaient été faites au voisinage de la fontanelle antérieure, et le cranioclaste avait été appliqué le long de la suture sagitale jusqu'à l'occipital que son extrémité venait pincer. Il avait donc été appliqué du côté opposé à la face.

Le frontal et les deux pariétaux étaient fracturés en plu-

sieurs points, fractures attribuables. très vraisemblablement au céphalotribe.

L'occipital était à peu près intact.

L'ethmoïde est complètement brisé ; à la racine du nez existe un trou assez profond conduisant dans une cavité an fractueuse correspondant au siège de l'ethmoïde et opposan au doigt de nombreux éclats osseux.

Les temporaux sont aussi fracturés la selle turcique légèrement broyée. En appliquant le pouce et l'index sur les deux apophyses mastoïdes on peut les rapprocher à un degré assez considérable.

En somme, la base du crâne est bien complètement broyée ; l'action du céphalotribe avait été ici sous ce rapport aussi heureuse que possible, et le cranioclaste appliqué sur cette tête ainsi démolie a eu de ce fait la tâche singulièrement facilitée, il s'est montré avec toutes ses qualités d'instrument supérieur au point de vue de l'extraction, la réduction ayant été préalablement opérée par le céphalotribe.

Les suites de couches ont été des meilleures. La femme, traitée avec toutes les précautions antiseptiques en usage à la Maternité, pansée et lavée avec des solutions de sublimé corrosif, n'a pas eu la température plus élevée que 38°. Elle est sortie de la Maternité le 8 octobre 1883.

---

# NOTE SUR UN CAS DE MÉTRO-PÉRITONITE MORTELLE SURVENUE A LA SUITE D'UNE INJECTION IODÉE INTRA-UTÉRINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

**Par le Dr Roeser (1).**

Mme X..., 22 ans environ, primipare, est accouchée le 2 juillet 1883, avec l'assistance d'une sage-femme, et sans autre

(1) Communication faite à la Société de médecine du Xe arrondissement, séance du 1er octobre 1883.

accident qu'une hémorrhagie légère après la délivrance. Du 2 au 6 juillet, tout allait bien, quand le 6, un médecin survenu accidentellement, trouva, à dix heures du matin, une douleur spontanée ou à la pression du ligament large gauche surtout. Pouls, 125; température, 40°4.

*Diagnostic* : Infection putride. — Je me guide sur les notes laissées chez la malade par le médecin, et je continue sans commentaires. Celui-ci regrette de ne pas avoir sous la main ce qui est nécessaire pour une injection intra-utérine iodée et prescrit des injections vaginales désinfectantes, du sulfate de quinine et de l'ergotine.

Le lendemain, il y avait quelques bourdonnements d'oreilles. On note un vomissement que j'ai su plus tard être dû à une prise d'huile de ricin. Le sommeil avait été bon : T., 39°8; P., 120.

Les lochies sont moins fétides, mais il y a encore une odeur fade, et à midi et demi le médecin juge prudent de faire une injection intra-utérine au 11e. Cette injection a été faite à l'aide d'une sonde élastique d'homme ajustée au tuyau d'un irrigateur. Voici la formule de la solution employée :

| | | |
|---|---|---|
| Eau.................. | 800 | grammes. |
| Iodure de potassium. | 8 | — |
| Teinture d'iode...... | 80 | — |

D'après la sage-femme, l'opération causa une douleur instantanée très violente; elle avait été faite à midi et demi. A deux heures, apparut un grand frisson, suivi de forte chaleur et de sueurs, avec grand malaise; à six heures, la sueur persiste, mais il y a du mieux : T., 38°; P., 120.

Dans la nuit suivante, se manifesta un nouveau frisson, un peu moins intense et avec un peu moins de malaise. La malade ne s'est pas plainte et s'est rendormie au bout d'environ deux heures. On continue la quinine. A midi : P., 100; T., 39°8.

Les lochies, qui étaient, paraît-il, purulentes auparavant, sont redevenues séro-sanguinolentes; elles n'ont plus d'odeur. On continue l'ergotine et l'alimentation. De plus, on fait

prendre de 15 à 20 centigrammes de créosote dans de la bière, en plusieurs fois dans la journée.

Le lendemain, augmentation de la fièvre, sans frisson : T., 40°4 ; P., 120. La créosote ne peut être prise.

Le 10. Même état; l'alimentation est supportée, la créosote également; il y a un peu de délire la nuit.

Le 11. Un peu de rémission dans la fièvre ; il y a du muguet sur la langue.

Je note que l'observation, que je copie presque textuellement, porte encore un vomissement dans la nuit. C'est là un fait important, et ce mot *encore* fait supposer qu'il y en a eu également les jours précédents. Quelques petits frissonnements. On diminue la quantité de créosote et de quinine. Eau de Vals.

Le 12 juillet : T., 40°8; P., 124; R., 40. Le ventre est très peu douloureux, quoique ballonné; divagations la nuit; lucidité le jour. Je trouve, pour ce jour, une prescription de 6 gr. de sous-nitrate de bismuth, répondant sans doute à une indication qui n'a pas été notée. Je trouve également une nouvelle ordonnance portant la solution iodée, devant sans doute être employée le lendemain.

A ce moment, un étudiant en médecine, à qui le mari raconta l'histoire de la maladie, mit les parents en défiance contre le traitement et son auteur, et je fus appelé.

Après m'être rendu compte de ce qui s'était passé, je n'hésitai pas à rester, voulant au moins épargner cette dernière injection à la mourante.

L'état était alors plus inquiétant que jamais. La face était profondément altérée, la dépression intense ; à peine la malade pouvait-elle répondre aux questions. Elle prenait difficilement les aliments et les médicaments et avait quelques vomissements. J'ai noté également de la diarrhée. Les lochies ne présentaient rien de spécial. Du côté du ventre, on pouvait remarquer un ballonnement considérable, sans douleurs, ni spontanées, ni provoquées par la pression.

En résumé, la dominante de cet état était la prostration. Le

pouls faible, la respiration anxieuse, le ballonnement du ventre non douloureux, tout faisait prévoir une issue fatale rapprochée.

Le traitement fut l'acétate d'ammoniaque, l'éther, des onctions mercurielles belladonées sur le ventre. Naturellement, tout fut inutile, et la malade succomba le 13, dans la soirée : le onzième jour après l'accouchement ; le septième après l'injection iodée.

Après cet exposé des faits, aussi détaillé que l'ont permis les renseignements recueillis par moi et les notes laissées chez la malade par le médecin traitant, il me reste à présenter quelques considérations succinctes pour expliquer les raisons qui m'ont porté à m'opposer à une seconde injection.

La discussion s'adresse au diagnostic d'infection putride, qui, d'après l'observation, ne repose que sur peu de symptômes. Qui osera porter un pareil diagnostic, en présence seulement de l'élévation du pouls et de la température au quatrième jour d'un accouchement? La fièvre de lait, souvent bénigne, quelquefois exagérée, suffit pour expliquer le phénomène. La douleur très modérée du ventre, soit spontanée, soit à la pression, n'a rien non plus qui doive surprendre à ce moment. Je proteste donc contre un diagnostic appuyé sur des bases aussi peu solides.

Je proteste avec plus d'énergie contre le traitement employé, tout en reconnaissant qu'étant donnée la notion d'infection putride, c'est-à-dire une porte ouverte à l'absorption de microbes ou de miasmes délétères par la surface interne de l'utérus, il était rationnel d'essayer de modifier cette surface par des agents appropriés. Mais la teinture d'iode au 10° ou au 11° ne me paraît pas l'agent approprié. Ce liquide est trop irritant. Il ne se contente pas de modifier les surfaces, trop souvent il porte son action sur le parenchyme sous-jacent. Il y a plus : la douleur excessive signalée par la sage-femme au moment de l'injection, douleur telle que la malade s'est presque levée en pied sur son lit, ne serait-elle pas l'indice d'une pénétration du liquide dans le péritoine? Je penche beaucoup

vers cette hypothèse, à cause de l'intensité et de l'instantanéité de la douleur. Celle-ci n'a pas persisté; mais si elle marque le début de la péritonite par perforation, ou mieux, par pénétration de liquides irritants dans le péritoine, elle n'en est pas l'accompagnement obligé et fatal. Le frisson survenu une heure après, renouvelé la nuit suivante, vient, pour moi, confirmer l'hypothèse. Quelques vomissements, un peu de diarrhée, le ballonnement du ventre, la fièvre, tous les phénomènes consécutifs, me paraissent devoir être rattachés à une inflammation de l'utérus et du péritoine voisin, plutôt qu'à une infection putride. C'est la péritonite avec les allures spéciales que lui impose l'état puerpéral, provoquée et non modifiée par la cause traumatique.

---

## CLOISONNEMENT DOUBLE DU VAGIN A 0,025 MILLIMÈTRES DE LA VULVE. — RÉTENTION DU FLUIDE MENSTRUEL PENDANT TROIS MOIS. — PERFORATION DES CLOISONS. — ÉVACUATION D'UNE GRANDE QUANTITÉ DE SANG. — GUÉRISON.

**Par le Dr Pilat**, professeur à la Faculté de Lille.

La femme X..., âgée de 29 ans, douée d'une bonne constitution, mariée depuis trois ans, a eu, il y a dix-huit mois, un enfant à terme à la suite d'un travail naturel et sans intervention obstétricale. Les suites de couches furent naturelles, et la femme se rétablit rapidement.

Le 1er juin 1883, elle vint avec son médecin nous consulter pour des douleurs qu'elle ressentait dans l'abdomen et les reins, depuis trois mois, mais surtout à l'approche et pendant le temps correspondant à la menstruation, qui a fait défaut depuis le même laps de temps, et n'a donné lieu à aucun écoulement de sang par la vulve. Depuis lors, le ventre a augmenté de volume. Le fond de l'utérus est senti distinctement à la partie supérieure du pubis.

Les douleurs que la malade ressent, à l'époque des règles principalement, se propagent souvent jusqu'à la région lombaire, elles sont souvent suivies de prostration et d'un malaise général, d'envies de vomir et d'une altération particulière des traits. Ajoutons, comme

renseignement propre à éclairer le diagnostic, que depuis plusieurs mois les rapports sexuels avec son mari n'ont pu avoir lieu par suite de l'impossibilité de l'introduction du membre viril dans le canal vaginal.

Muni de ces renseignements, nous procédâmes immédiatement à un examen des parties, et voici ce que nous trouvâmes. Les parties externes et la vulve ne présentaient rien de particulier à noter, mais à peine le doigt index fut-il introduit dans le vagin, que la malade se mit à crier et à s'agiter, disant qu'on la déchirait. Nous nous aperçûmes bien vite qu'un obstacle à l'introduction du doigt existait à 2 centim. et demi de l'orifice vaginal, et qu'il était formé par une cloison complète, formant une espèce de cul-de-sac à parois un peu froncées. Après avoir passé un stylet boutonné dans le conduit vaginal, nous cherchâmes s'il n'existait pas un pertuis étroit qui avait pu échapper à l'inspection digitale. Nous ne trouvâmes aucune ouverture, mais seulement un point moins épais sur lequel nous appuyâmes sans pouvoir traverser la cloison.

Ces tentatives fatiguant la malade, nous remîmes au lendemain un examen plus complet, fait à son domicile, afin d'être bien fixé sur l'épaisseur du rétrécissement et les moyens à employer pour le combattre.

A notre arrivée, le lendemain à 11 heures du matin, la malade nous annonça qu'elle avait beaucoup souffert dans la soirée de la veille, et qu'au milieu des douleurs expulsives qu'elle avait déjà ressenties auparavant, elle avait perdu un liquide noirâtre, très fétide, qu'elle estimait à un litre environ, et que depuis elle était fortement soulagée. Un liquide semblable avait continué à couler pendant la nuit, sans toutefois provoquer de douleurs.

Le ventre de cette femme nous parut moins tendu que la veille, et l'utérus était revenu en partie sur lui-même. En pratiquant de nouveau le toucher vaginal, nous pûmes constater une légère ouverture sur le point déprimé la veille par notre stylet, c'est par là que s'était opéré l'écoulement du sang dont quelques parties coagulées étaient restées dans la partie antérieure du vagin. Afin de nous assurer de l'épaisseur du rétrécissement nous introduisîmes une sonde dans la vessie et l'index de la main droite dans le rectum, le rapprochement de la sonde et du doigt nous fit voir que les parois du vagin avaient conservé leur épaisseur normale, et qu'il suffirait de rompre la cloison pour rendre au canal ses dimensions normales en largeur.

Au delà du cloisonnement, le vagin dilaté formait une masse arrondie, un peu fluctuante et aux dépens de laquelle on sentait, en posant le doigt fortement en haut, un corps dur qui ne pouvait être que l'utérus. Nous pouvions conclure de cet examen que le canal vaginal était libre depuis la cloison jusqu'à l'utérus. Après avoir préparé un bistouri boutonné pour inciser la cloison dans le sens transversal, nous introduisîmes de nouveau l'index de la main gauche dans le vagin. la cloison céda facilement sous la pression du doigt et se déchira dans tous les sens; mais, à un centimètre environ au-dessus de celle-ci, nous trouvâmes une cloison, incomplète celle-là et présentant à son centre une ouverture assez large pour y introduire l'extrémité du doigt; celle-ci fut rompue comme la première et nous pénétrâmes dans la partie supérieure du canal qui était encore remplie de sang, et sentîmes le col de l'utérus qui était entr'ouvert et dont les lèvres étaient tuméfiées et douloureuses au toucher. Les cloisons furent ainsi détruites sans instrument tranchant. Une injection d'eau phéniquée fut faite immédiatement et chassa au dehors le liquide ichoreux qui était encore contenu dans ces parties. Nous conseillons à la malade le repos au lit et l'application de compresses émollientes sur l'hypogastre. Le calme fut vite obtenu; mais les rapports sexuels réveillèrent les douleurs tout en achevant la dilatation du vagin. Les lambeaux de membranes furent cautérisés avec le nitrate d'argent et des tampons de charpie, placés dans le vagin pendant quelques jours, complétèrent la guérison.

En cherchant à reconnaître la cause de cette oblitération accidentelle, nous apprîmes que cette femme avait contracté une maladie syphilitique dans ses rapports avec son mari cinq à six mois après son accouchement, qu'elle avait été traitée par les spécifiques, et s'était trouvée bien au bout de six à sept mois, et avant d'éprouver les douleurs de l'abdomen à l'époque menstruelle. Il ya lieu de penser, que dans l'espèce, l'oblitération du vagin est le résultat d'une vaginite adhésive semblable à celle décrite par Simpson.

L'opération que réclament ces cloisonnements doit être exécutée sans retard, quand ils s'opposent à l'écoulement au dehors du produit de la menstruation et donnent lieu à des douleurs vives et à une distension considérable de l'utérus par le sang, qui peut être refoulé jusqu'aux trompes et donner lieu consécutivement à une hématocèle rétro-utérine. Il suffira, dans les cas comme celui-ci où on peut d'avance reconnaître l'étendue du rétrécissement, d'exercer une propulsion

d'avant en arrière avec le doigt, pour rompre la cloison, ou de recourir, dans le cas de non réussite, à l'emploi du bistouri et empêcher par un pansement convenable la reproduction du rétrécissement.

---

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

**Manuel de thérapeutique et de pharmacologie**, par le Dr PAUL RODET, médecin de la Préfecture de police, etc. — In-18, 700 pages. (Lauwereyns, 1883.)

Bien que cet ouvrage ne touche que par certains côtés à la gynécologie et à l'obstétrique, nous nous faisons cependant un devoir d'en signaler l'apparition à nos lecteurs, en raison des services que ce manuel est appelé à rendre à tous les praticiens en général.

Conçu d'une façon éminemment pratique, exposé en style concis, cet ouvrage est le résumé le plus complet qu'on puisse trouver de toutes nos connaissances actuelles en thérapeutique. L'auteur s'est attaché à se placer au point de vue du praticien dont tous les instants sont absorbés par la clientèle, et qui n'a pas le temps de consulter des traités volumineux quand il veut avoir un renseignement exact; aussi chaque chapitre est présenté d'une façon méthodique, qui permet de trouver de suite ce que l'on cherche. Les indications et contre-indications de chaque substance sont composées d'une façon détaillée et pour chaque maladie; l'auteur a mentionné le genre de préparation auquel on doit donner la préférence.

Dans chaque article est réservée une place spéciale pour la thérapeutique infantile, où se trouvent spécifiées les doses applicables aux différents âges.

Nous avons constaté, en outre, à propos des substances toxiques, un détail qui a bien son importance, c'est ce qui est décrit sous la rubrique » phénomènes d'intolérance », c'est-à-dire ce qui n'est plus la dose thérapeutique et ce qui n'est pas encore la dose toxique. On comprend de suite qu'il est très intéressant, pour le praticien, de connaître ces phénomènes d'intolérance, qui seront pour lui un critérium précieux, lui indiquant qu'à ce moment il est temps de suspendre l'administration du médicament ou, du moins, d'en diminuer les doses. Nous avons d'autant plus remarqué cette particularité que

nous ne l'avons trouvée, dans aucun autre ouvrage, exposée de façon à attirer l'attention du lecteur.

La partie pharmacologique a été présentée également avec le plus grand soin ; à propos de chaque préparation, l'auteur indique quels en seront les avantages et les inconvénients.

Au point de vue des sujets spéciaux qui sont traités dans ce journal, nous avons remarqué particulièrement ce qui a trait à la thérapeutique obstétricale et utérine, entre autres : la question des anesthésiques dans l'accouchement, l'emploi de la pilocarpine, celui de l'ergot, où nous avons été frappé de la clarté avec laquelle les indications en sont exposées ; celui de l'électricité, de la quinine, des antiseptiques, etc. Les différents traitements de l'éclampsie puerpérale, de la leucorrhée, des métrorrhagies sont présentés de la façon la plus complète, au point qu'on peut presque, pour ces questions, se passer d'ouvrages spéciaux.

L'auteur a voulu, en outre, que son ouvrage fut le livre indispensable aux étudiants qui préparent le quatrième examen de doctorat, et c'est dans ce but qu'il a reproduit, à propos de chaque médicament, les opinions des professeurs qui siègent d'habitude dans les jurys d'examen.

Aussi, nous sommes convaincu que médecins et étudiants sauront apprécier la valeur indéniable de cet ouvrage, si pratique à tous égards, et nous sommes heureux de féliciter l'auteur du succès que son ouvrage a déjà obtenu depuis sa publication et auquel, du reste, il a tous les droits.

---

# REVUE DES JOURNAUX

**Traitement et curabilité de la métrite chronique.** — Le Dr Paul Mundé a communiqué récemment à l'Académie de médecine de New-York un travail dans lequel il se propose d'insister sur certaines mesures efficaces absolument indispensables au succès dans le traitement de la métrite chronique.

Jusqu'à présent, tous les médecins considèrent l'endométrite chronique, aussi bien celle du corps que celle du col utérin, comme tout à fait incurable ; telle est, entre autres, l'opinion de Thomas, Sims, Schrœder. Avant de s'occuper du traitement, le Dr Mundé appelle l'at-

tention sur l'importance de la maladie et sur les conditions physiques dans lesquelles elle survient.

D'abord l'*importance*. S'il y a une endométrite chronique du corps ou du col, il est très rare que la conception puisse s'effectuer. Quand cela arrive, c'est que le bouchon muqueux qui obstrue le col a été évacué peu avant le coït ou que le traitement a fait disparaître l'obstacle.

Bien que la stérilité soit le fait capital dans la symptomatologie de la métrite chronique, cette affection s'accompagne aussi d'autres symptômes qui font souffrir les malades et sont pour elles une cause de gêne très grande. Tels sont, par exemple, un écoulement continu, la vaginite et la vulvite subaiguës produites souvent par le contact des sécrétions utérines, la ménorrhagie déterminée souvent par l'hyperhémie utérine, l'anémie générale et la neurasthénie.

L'importance de cette maladie varie selon qu'elle survient chez une vierge, chez une femme mariée nullipare ou chez une femme qui a eu des enfants. Chez les femmes mariées nullipares, on a souvent beaucoup de peine à trouver la cause de leur stérilité. Dans ces cas, voici ce que l'on constate : l'orifice externe met habituellement obstacle à l'écoulement du mucus cervical normal ; cette rétention amène peu à peu la dilatation du canal cervical en même temps qu'elle détermine l'hypersécrétion de la muqueuse, à tel point que le canal prend une forme bulbeuse et que sa cavité se remplit d'un liquide épais, visqueux et dont la coloration a changé. Quand l'orifice externe est dilaté par le passage de la sonde et que l'on comprime le col à l'aide du doigt qui pratique le toucher, on voit le mucus jaillir au dehors en un bouchon muqueux épais et la sonde fait reconnaître de suite la présence d'une vaste cavité située en dedans de l'orifice externe rétréci. Cet état se rencontre fréquemment, c'est une cause certaine de stérilité que l'on peut guérir par un traitement convenable rapidement institué.

L'auteur, avant de décrire le traitement, commence par faire remarquer qu'il faut rejeter tous les procédés de douceur, tels que les badigeonnages iodés, le nitrate d'argent et même l'acide phénique pur. Tous ces moyens échouent inévitablement dans la métrite du corps, et, dans celle du col, le seul résultat qu'ils produisent, c'est d'augmenter l'écoulement.

Si la malade est vierge ou mariée et nullipare, il sera en général nécessaire de dilater l'orifice externe. Cela est indispensable pour

les deux raisons suivantes : en premier lieu, pour donner issue au mucus cervical qui est accumulé, en second lieu pour permettre l'application des remèdes. Pour réaliser le premier point, on met à nu le col à l'aide du spéculum de Sims et l'on divise les lèvres antérieure, postérieure et latérale avec des ciseaux droits, ou avec un bistouri en faisant des incisions de 6 millimètres de profondeur, traversant complètement le membrane muqueuse, donnant ainsi à l'orifice externe un calibre équivalent à celui de la cavité cervicale. Il est indispensable d'enlever les quatre lambeaux de muqueuse ainsi formés, pour empêcher la réunion rapide des incisions ; pour cela on saisit chacun d'eux avec un petit ténaculum et on le sectionne avec des ciseaux courbes, de façon à donner à l'orifice externe la forme d'un entonnoir. Ensuite il faut détruire les glandes cervicales qui fournissent une sécrétion trop abondante. Pour le faire une bonne fois pour toutes, on prend une curette courbe à bord coupant (celle de Sims ou celle de Simon) et on racle tout le canal jusqu'à l'orifice externe, on s'arrête quand un bruit de crépitation vient avertir qu'on est arrivé sur la couche glandulaire. Il ne faut pas avoir peur d'aller profondément et d'enlever complètement toute la couche glandulaire. Quand tout le canal est bien lisse, on y fait une application d'acide nitrique pur, au moyen d'une baguette de verre, en ayant soin de protéger la face externe du col ainsi que le vagin à l'aide d'un tampon ; cette cautérisation doit être assez profonde pour que le canal cervical présente un aspect jaunâtre, comme carbonisé, de façon à ce qu'il ne s'écoule pas une goutte de sang. Dans quelques cas, le Dr Mundé s'est servi de phénol iodé (à parties égales), où d'une solution saturée d'acide chromique, mais il préfère l'acide nitrique comme étant plus efficace et guère plus douloureux. L'opération doit être pratiquée au domicile de la malade, qui doit garder le lit pendant un jour ou deux, pour ne pas s'exposer à la péritonite, comme cela est arrivé à l'auteur en trois cas.

Tandis que les applications faites au-dessus de l'orifice interne sont plus souvent suivies de shock et de péritonite, celles qne l'on fait sur le col s'accompagnent plutôt d'inflammation du tissu cellulaire pelvien. Malgré cela, le procédé radical du curage et de la cautérisation est de beaucoup celui qu'on doit préférer en raison de sa réelle efficacité.

Quand à l'endométrite du corps de l'utérus, l'auteur ne l'a jamais traitée par le curage, et il ne s'est servi de la curette que pour enlever des végétations.

Une condition indispensable pour l'application des caustiques sur la muqueuse du corps de l'utérus, c'est que le canal, et surtout l'orifice interne, soient dilatables. Si l'on fait l'application sur la totalité du canal ou seulement sur le canal cervical, il ne faut pas oublier que, plus le caustique est puissant, plus l'eschare est lente à tomber. Celle de l'acide nitrique met en général de cinq à sept jours, celle de l'acide phénique pur ou du phénol iodé, de trois à quatre jours, celle de la teinture d'iode, deux jours. On ne devra pas faire une nouvelle application d'un caustique tant que la première eschare ne sera pas tombée. Il faut aussi se rappeler que des cautérisations répétées faites sur une plaie l'empêchent de se cicatriser. Aussi, après quelques semaines de ce traitement énergique, il faudra laisser la malade se reposer une semaine pour laisser la cicatrisation s'opérer ; si celle-ci ne se fait pas, il faudra recommencer et peut-être une troisième et quatrième fois.

Les cas qui sont surtout justiciables de ce traitement sont ceux où le catarrhe est entretenu par un rétrécissement des orifices externe ou interne, ou bien par une lacération du col avec hyperplasie consécutive des follicules. Les cas les plus rebelles sont ceux d'endométrite du corps et du col où les orifices sont normaux et où l'on ne peut pas découvrir la moindre trace d'hyperplasie de la muqueuse.

Il faut en outre prescrire un traitement général contre l'anémie, et on préviendra l'hyperhémie active des organes sexuels en interdisant les rapports conjugaux pendant toute la durée du traitement local décrit ci-dessus. (*American Journal of obstetr.*, août 1883, page 851.)

Paul RODET.

---

**Développement des myômes utérins**, par KLEINWAECHTER. (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, IX, 1.) — Le processus de ce développement n'est pas encore bien connu ; il nest pas probable qu'il se produise une hypertrophie considérable des fibres musculaires, mais les fibres rondes se transforment en fibres fusiformes, qu'on ne peut distinguer des fibres musculaires organiques. Le point à débattre est de savoir si les cellules rondes dérivent du tissu connectif ou de la division des cellules du tissu musculaire. Ce sont les petites tumeurs qui offrent le plus de facilités pour cette étude, parce que, dans les grosses, le développement est complet, ou bien il est malaisé de trouver les points où il progresse. L'auteur a trouvé des myômes purs ou des

fibro-myômes, dans lesquels le tissu connectif est en excès sur le tissu musculaire organique; il n'a jamais trouvé de fibromes purs. Les faisceaux de fibres musculaires, se croisant en tout sens, sont plus serrés les uns contre les autres que dans l'état normal, et les cellules et les noyaux sont un peu plus longs et plus larges que dans l'utérus non gravide. Le myôme est en général nettement séparé du tissu voisin, grâce à sa capsule de tissu connectif, ou à la direction que suivent les faisceaux de son tissu. La forme générale du myôme est en général celle d'un fuseau, avec un pédicule conoïde. Les capillaires sont habituellement fort larges, les artères et les veines presque absentes dans les petites tumeurs. Les capillaires sont entourés d'une sorte de gaine, formée de cellules rondes. Ces cellules rondes sont un peu plus petites que la section d'une fibre musculaire et semblent prendre graduellement un aspect fusiforme. A mesure qu'elles se rapprochent de cette forme, les capillaires s'oblitèrent et sont remplacés par un faisceau de fibres musculaires. Le pédicule se trouve dans le tissu musculaire voisin, ce qui fait naître l'idée qu'il est parti de ce point.

L'auteur croit probable que nombre de ces tumeurs s'arrêtent bientôt dans leur développement; mais il ne peut dire si cet arrêt est définitif. Dans les tumeurs multiples, chacune possède sa capsule de tissu connectif, ou une couche épaisse de tissu musculaire normal. Kleinwächter n'a jamais vu de nouveaux vaisseaux dans un myôme, mais il en a rencontré dans un fibro-myôme.

---

**La castration des femmes**, par Tauffer. (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, IX, 1.) — L'auteur est très favorablement disposé pour cette opéraon. Après avoir rapporté ses douze cas, il conclut ainsi :

1° Avec les précautions nécessaires, cette opération ne présente pas de grands dangers ; la mortalité inévitable n'est que de 10 0/0 ;

2° Elle doit être faite dans le spray ; il faut fermer l'abdomen ; le drainage n'est nécessaire que dans les cas exceptionnels ;

3° Le fait que la malade est proche de la ménopause n'est pas une contre-indication ; car on ne peut pas dire à l'avance quand les règles cesseront ;

4° Il n'est pas possible, pour se décider à opérer, de poser en règle, comme Hégar le fait, qu'il faut que les ovaires soient accessibles au palper ;

5° Il faut faire l'ovariotomie double, même lorsqu'un seul ovaire est malade, sauf dans des cas exceptionnels où l'on est obligé de conserver un des organes;

6° Il faut aussi enlever les trompes si elles sont malades;

7° L'hystéro-épilepsie est curable par la castration ;

8° Les symptômes dont l'ensemble a reçu le nom d'hystérie, sont souvent attribuables à une maladie ovarique;

9° La question de savoir si la ligature des gros vaisseaux nourriciers a de l'influence sur les fibro-myômes utérins mérite considération ;

10° Quant au pronostic, il est probable que la *ménopause* ne tardera pas à suivre l'opération, sauf dans les cas où l'inflammation a envahi des organes voisins. Ces inflammations retardent l'âge critique ;

11° On ne peut, fréquemment, juger du résultat d'une opération que plusieurs mois plus tard ;

12° La question de l'influence des maladies des organes génitaux sur certaines psychoses est à débattre ;

13° De même au sujet du résultat de la castration sur les psychoses ;

14° Pour notre instruction, il est désirable que les cas soient distribués suivant le plan indiqué par Hégar.

---

**Vomissements incoercibles de la grossesse**, par Horwitz. (*Zeitsch. f. Gyn.*, IX.) — L'auteur propose le mot *pernicieux* pour indiquer les vomissements graves ou l'expression : *Vomitus gravidarum perniciosus* de Guéniot. Voici ses idées à ce sujet :

1° Les vomissements gravidiques commencent le plus souvent entre la dixième et la onzième semaine;

2° Ils arrivent rarement sans symptômes prémonitoires;

3° Ils sont le plus habituellement précédés par des troubles digestifs, notamment par des nausées;

4° La nausée apparaît en général dans la troisième ou quatrième semaine ;

5° La nausée et le vomissement sont habituellement d'une durée inverse ; plus l'une est prolongée, plus l'autre est court ;

6° Plus la nausée est pénible, plus le vomissement est facile ;

7° En général, le vomissement gravidique, contrairement au vomissement des autres maladies gastriques, est facile et indolore.

On peut diviser les symptômes cliniques en deux périodes : 1° les phénomènes du début, qui sont peu accusés ; 2° les phénomènes établis et menaçants. Peu après que les vomissements se sont *établis*, la malade perd l'appétit et répugne à la nourriture ; souvent elle salive. L'auteur a observé un symptôme qu'il n'a vu indiqué nulle part, c'est l'*hyperosmie*, ou délicatesse exagérée de l'odorat. Elle est une cause de nausées ; elle peut être rémittente et disparaître lorsque le vomissement se produit.

Horwitz croit que les vomissements graves sont plus rares en Allemagne, fréquents en Angleterre, plus communs en France. On les croit plus fréquents chez les primipares, mais Rodenstein affirme le contraire. Horwitz n'a rien de mieux à proposer, pour leur explication, que la théorie des réflexes. Hewitt attribue les vomissements à un déplacement utérin ; Horwitz, tout en reconnaissant que cette cause agit dans quelques cas, ne la croit pas universelle. Il n'est pas fixé au sujet des inflammations utérines ou circa-utérines. Le *pronostic* dépend de l'intensité du phénomène, et de l'époque à laquelle il apparaît. Joulin attribue aux vomissements incoercibles une mortalité de 44 0/0.

Pour le *traitement*, l'auteur ne propose rien de nouveau : le repos, l'évitement des mouvements brusques, surtout de la tête, les narcotiques et les alcalins, l'oxalate de cérium (1), le bismuth, sont recommandés. On peut y adjoindre les irritants extérieurs, l'éther ou le chloroforme en inhalations, le bromure de potassium, le galvanisme et l'alimentation rectale. En dernier ressort, on doit en arriver à l'avortement artificiel, qui devient une nécessité, lorsque la vie de la malade est menacée. Horwitz le provoque en rompant les membranes avec une sonde ; il n'a jamais trouvé de danger à ce procédé, quoi qu'on en ait dit. La transfusion du sang ne doit être considérée comme applicable que dans des cas exceptionnels. (*Am. journ. of obstetrics.*, 1883, p. 963 et *seq.*)

A. Cordes.

---

(1) L'hyoscyamine m'a rendu quelques services, à la dose de cinq à dix milligrammes, dans les vingt-quatre heures. Je serais disposé à essayer le nitrite d'amyle en inhalations, car je l'ai trouvé utile contre le mal de mer, ou le café noir, indiqué par Bennet (*Journ. de méd. de Paris*, 1883, t. II, p. 272). L'auteur a omis la cautérisation et la dilatation digitale du col. (A. C.)

# VARIÉTÉS

**Clinique d'accouchements de la Faculté.** — M. le professeur Pajot a fait sa première leçon mardi dernier, 11 décembre, dans l'amphithéâtre de la clinique d'accouchements, rue d'Assas, devant un auditoire nombreux d'élèves et de médecins accourus pour écouter la parole éloquente du savant professeur de la Faculté.

Le professeur s'est étendu en termes généraux sur les études que doit comprendre l'obstétrique. Cette science ne doit pas se confiner dans l'étude de la mécanique obstétricale, mais comprendre l'anatomie et la physiologie des organes génitaux et toute la pathologie de ces organes en rapport avec l'accouchement ou ses suites.

L'auditoire a témoigné ensuite par ses applaudissements toute la sympathie qu'il éprouvait pour un maître vénéré.

**Société de gynécologie et d'obstétrique.** — Nous annonçons qu'une société de gynécologie et d'obstétrique vient de se fonder à Paris.

M. le professeur Pajot a accepté d'en être le président.

La société aura sa première réunion dans le courant de janvier. Les séances seront mensuelles.

**Nécrologie.** — Le Dr Marion Sims, le créateur de la gynécologie, en Amérique, est mort subitement d'une maladie de cœur à New-York, le 13 novembre dernier, à l'âge de 117 ans. La veille de sa mort, il était en pleine santé et n'éprouvait aucun trouble morbide. Son autopsie a démontré que la mort résultait d'un athérome de l'artère coronaire.

Le Dr Sims avait l'habitude de passer l'hiver à Paris. Né dans le district de Lancaster (Caroline du Sud), le 25 janvier 1813, il commença la médecine à Charleston, puis suivit les cours de Jefferson médical College, à Philadelphie, et fut reçu docteur en 1835. Il commença à exercer la médecine dans la ville de Montgomery, où son habileté chirurgicale lui valut bientôt une grande réputation. Plus tard, en 1853, Sims s'installa à New-York, où il fonda l'hôpital désigné sous le nom de Women's hospital, dont il resta chirurgien en chef jusqu'en 1861, époque où il vint en Europe et parcourut les hôpitaux d'Angleterre, de France et de Belgique, faisant connaître

les opérations qu'il avait plus particulièrement étudiées ; il reçut la croix de la Légion d'Honneur et celles de Belgique, d'Espagne, de Portugal et d'Italie.

Pendant la guerre de 1870, le savant chirurgien organisa l'ambulance anglo-américaine, dont il fut le chirurgien en chef.

Parmi ses principaux travaux, nous devons mentionner :

Le Trismus des Nouveau-nés ; les Sutures d'argent en chirurgie; Notes cliniques sur la chirurgie utérine ; les Tumeurs fibreuses intra-utérines ; un Traité de l'ovariotomie, et enfin un travail concernant la découverte de l'anesthésie.

Enfin, la plus grande marque de distinction qu'il ait reçue dans sa vie, a été son élévation au titre de président de l'American medical Association, en 1876.

**École pratique de la Faculté de médecine.** *Cours libre.* — M. le docteur Perrier, membre de la Société d'anthropologie, commencera son cours d'obstétrique comparée suivant les différentes races humaines et chez les mammifères, le mardi 18 décembre 1883, à 3 heures, à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Les leçons auront lieu les mardis et samedis de chaque semaine à la même heure.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

### (GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

*La métrite chronique étudiée au point de vue spécial de son traitement*, par le Dr Weverbergh (de Bruxelles), thèse d'agrégation de la Faculté de Bruxelles. — Manceaux, éditeur à Bruxelles, 1882.

*Traité pratique de gynécologie et aes maladies des femmes*, par le Dr de Sinéty, ancien répétiteur à l'Ecole pratique des hautes études, 2e édition, revue, corrigée et augmentée de près de 200 pages. Un fort volume in-8° de 1,000 pages, avec 181 figures. Prix : 15 fr. — Doin, éditeur. Paris, 1884.

*Le gérant :* A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur.
52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

# TABLE ALPHABETIQUE

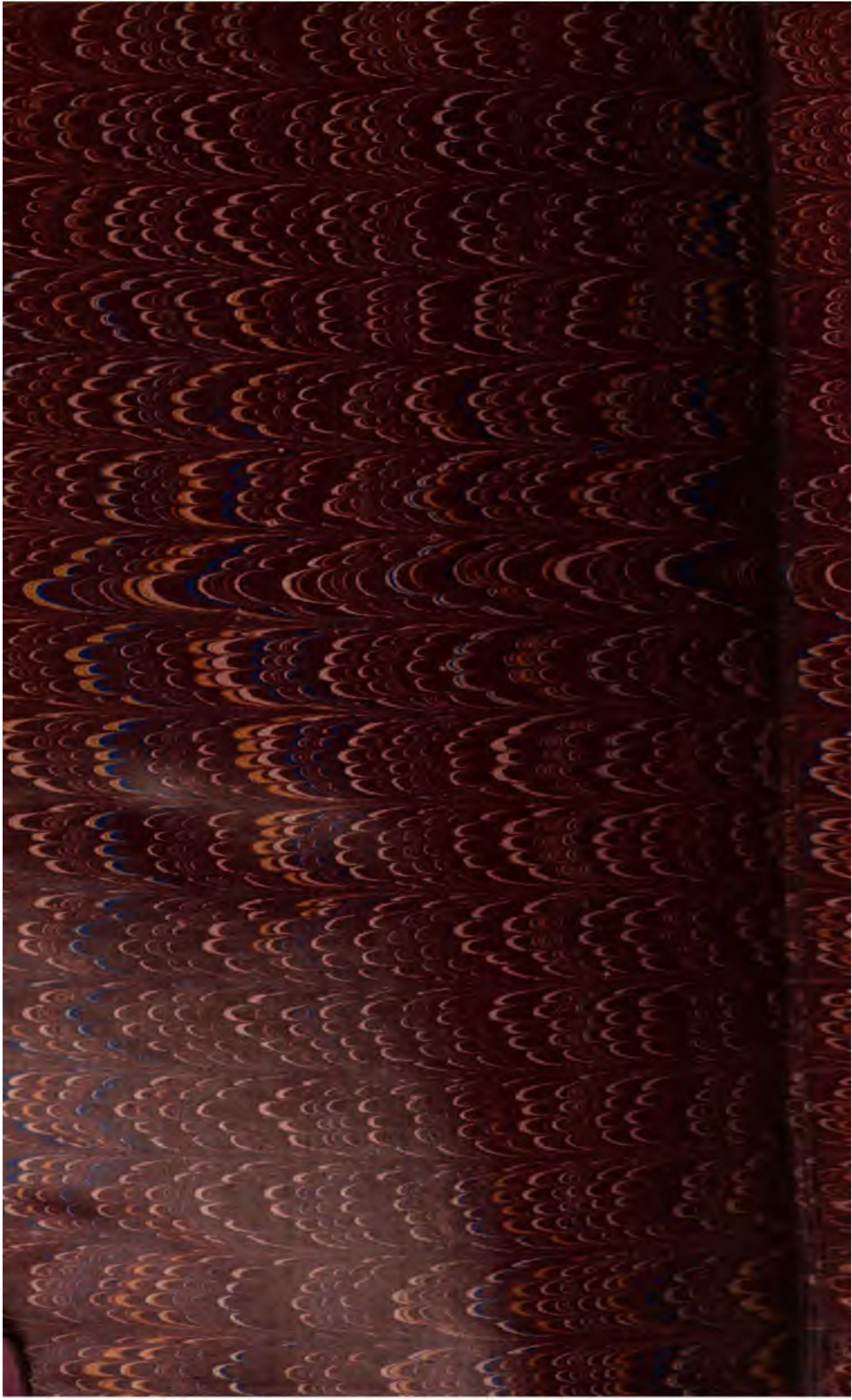
## DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XX

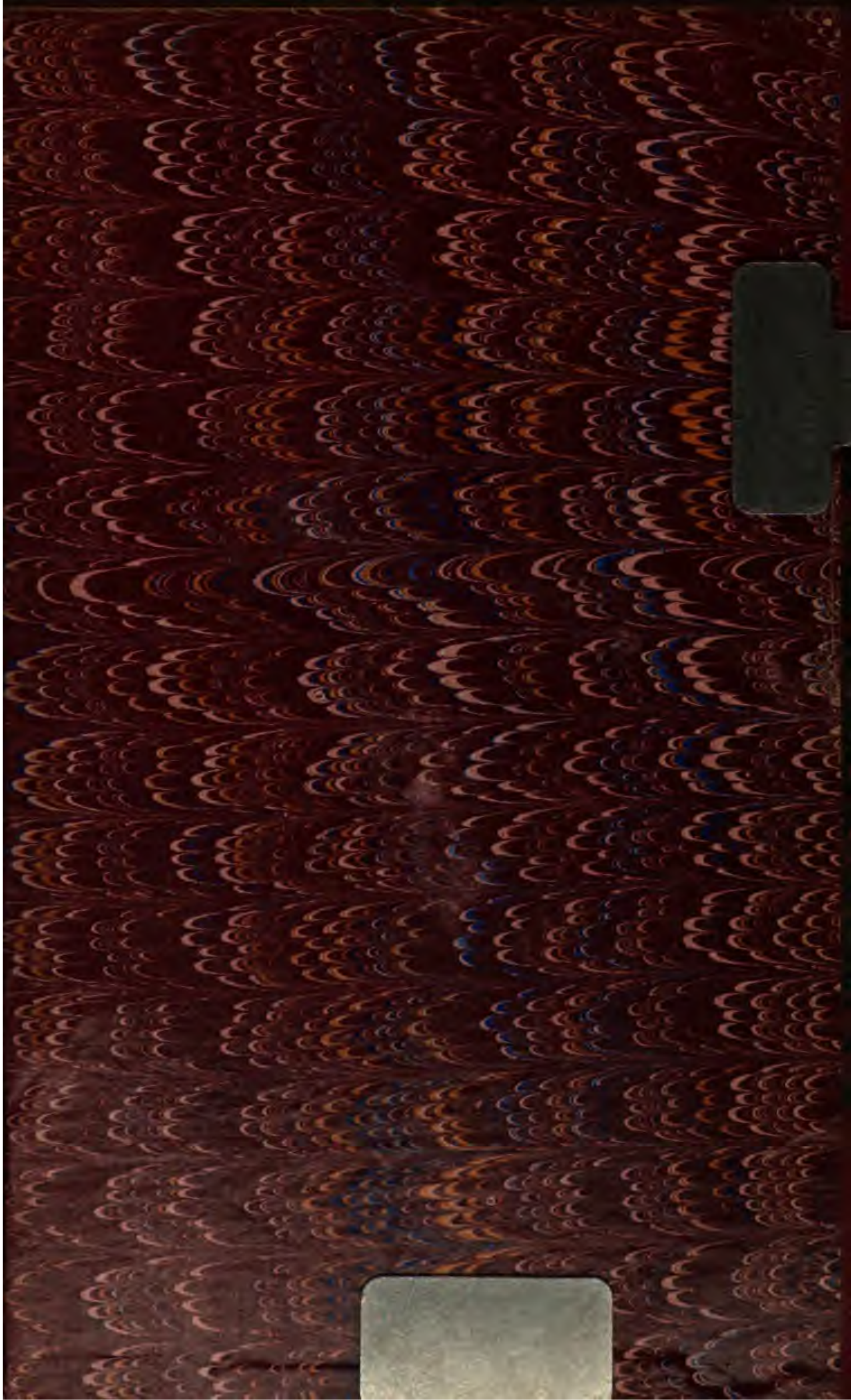
**Juillet à Décembre 1883.**

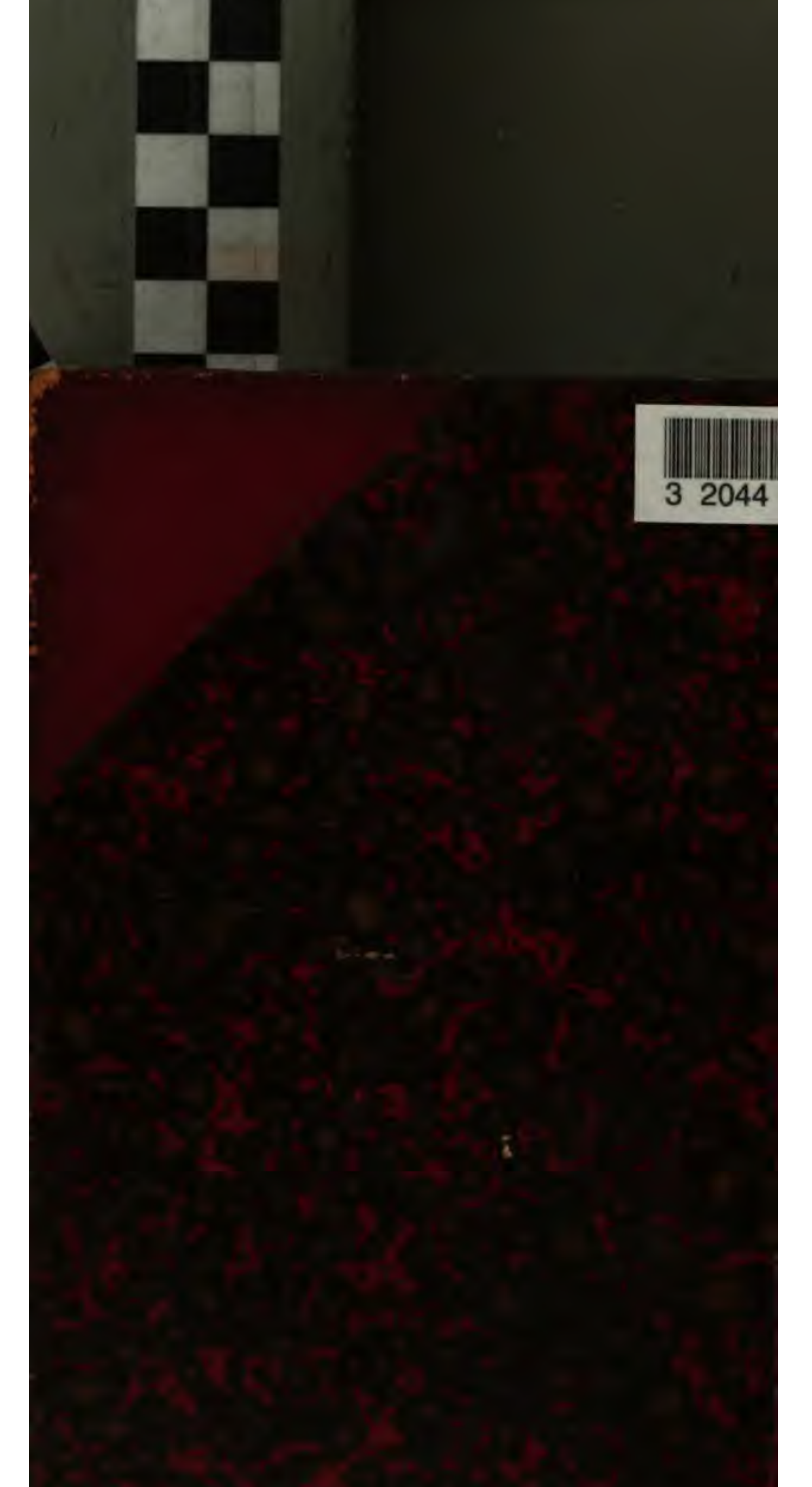
---

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XX.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31.
A. DAVY, successeur.






3 2044